

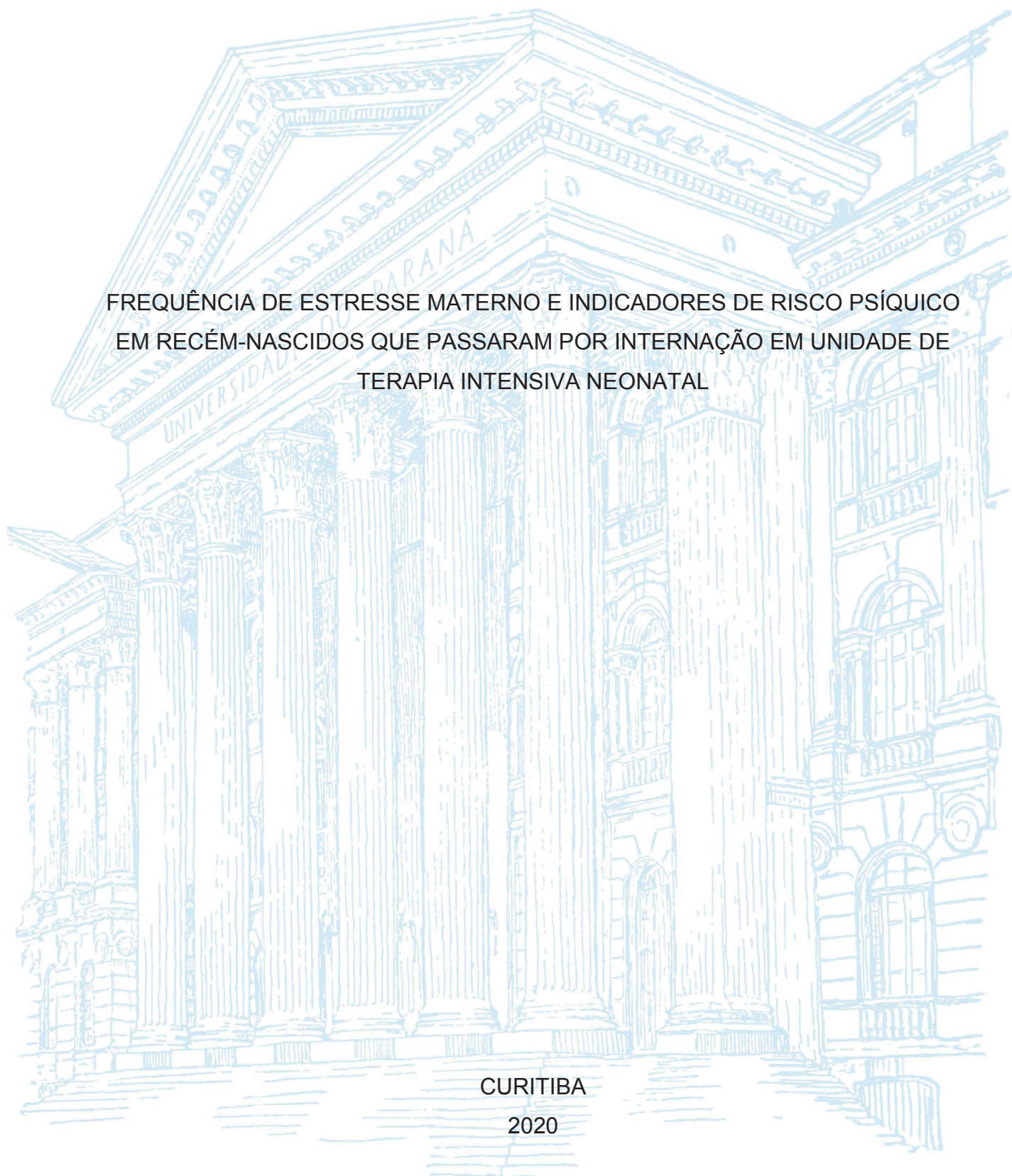
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LÍVIA DOS SANTOS PAULA

FREQUÊNCIA DE ESTRESSE MATERNO E INDICADORES DE RISCO PSÍQUICO  
EM RECÊM-NASCIDOS QUE PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

CURITIBA

2020



LÍVIA DOS SANTOS PAULA

FREQUÊNCIA DE ESTRESSE MATERNO E INDICADORES DE RISCO PSÍQUICO  
EM RECÉM-NASCIDOS QUE PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração em Promoção da Saúde na Infância: puericultura e saúde mental da criança e do adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Adriane Celli

Coorientadora: Profa. Dra. Rosa Maria Marini Mariotto

CURITIBA

2020

P324 Paula, Livia dos Santos  
Frequência de estresse materno e indicadores de risco  
psíquico em recém-nascidos que passaram por internação em  
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal [recurso eletrônico] / Livia  
dos Santos Paula. – Curitiba, 2020.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em  
Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da  
Saúde. Universidade Federal do Paraná.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriane Celli  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Maria Marini Mariotto

1. Recém-nascido prematuro. 2. Cuidado do lactente.  
3. Bem estar materno. 4. Saúde mental. I. Celli, Adriane.  
II. Mariotto, Rosa Maria Marini. III. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de  
Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM WS 410



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E  
DO ADOLESCENTE - 40001016013P8

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **LIMA DOS SANTOS PAULA** intitulada: **FREQUÊNCIA DE ESTRESSE MATERNO E INDICADORES DE RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS QUE PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**, sob orientação da Profa. Dra. **ADRIANE CELLI**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 28 de Maio de 2020.

Assinatura Eletrônica

28/05/2020 22:22:38.0

ADRIANE CELLI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

28/05/2020 19:54:08.0

ROSA MARIA MARINI MARIOTTO

Avaliador Externo (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO  
PARANÁ-PUCPR)

Assinatura Eletrônica

28/05/2020 15:12:53.0

GUSTAVO MANOEL SCHIER DÓRIA

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

28/05/2020 12:11:10.0

MARIA EUGÊNIA PESARO

Avaliador Externo (LUGAR DE VIDA CENTRO DE EDUCAÇÃO  
TERAPÊUTICA)

A todas as mães, somente elas sabem a dor e a doçura do seu ser.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por abençoar toda minha vida com situações e pessoas tão maravilhosas e me dar sabedoria para reconhecê-las, pois através delas, com elas e por elas este trabalho foi possível.

Aos meus amados pais, Geruza e Desordi, que sempre estiveram nos bastidores da minha vida acadêmica me dando todo o suporte para os estudos.

Ao meu esposo Fabiano Adam a quem tanto amo e que tanto me incentivou a buscar meus objetivos acadêmicos e profissionais sem nunca duvidar da minha capacidade de conquista.

À querida amiga Hellen Lagos Guimarães que diante de um pedido para que ensinasse o caminho, me tomou pela mão e me conduziu.

À Professora Dra. Adriane Celli, por ter acolhido um desejo de pesquisar a saúde mental dos “bebês” e ter propiciado todo o desenvolvimento deste trabalho desde o início. Sendo mais que uma orientadora, mas uma maravilhosa ouvinte e um ser humano de uma sabedoria e tranquilidade inspiradoras.

À Professora Dra. Rosa Maria Marini Mariotto, por acolher uma completa desconhecida e aceitar coorientar este trabalho. Todas as conversas que tivemos e suas valiosas contribuições iluminaram o caminho.

À Professora Dra. Vanessa Veis, por ter auxiliado com a análise estatística deste trabalho, e responder prontamente todas as inúmeras dúvidas a respeito.

Ao Programa de Pós-Graduação da Saúde da Criança e do Adolescente por acolher estudantes de cidades do interior. Somente assim as populações destes municípios podem ser pesquisadas.

À Secretaria Municipal de Saúde de Mafra, na figura da Secretária Jaqueline Previatti Veiga, que incentiva seus colaboradores a buscar conhecimento para realizar o trabalho baseado em evidências científicas.



Às colegas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) pela parceria no seguimento ao recém-nascido de risco para o desenvolvimento de Mafra, Hellen e Andriellen Marciniack, sem as quais este serviço tão especial não existiria e nem este estudo.

Às amigas Marieli, Sabrina, Suziane que sempre ouviram pacientemente e trouxeram ânimo à jornada. Às parceiras dessa caminhada Hellen, Andriellen, Susanne, Ivonete e Renata.

Aos meus irmãos, Líria e João que, cada um a seu modo, sempre admiraram meu percurso acadêmico e com isso me incentivaram a seguir em frente.

Às professoras que incentivaram o início desse trabalho Célia Ferreira Winter e Nancy Greca Carneiro. Aos professores presentes na banca de qualificação Prof. Dra. Regina Paula V. C. da Silva e ao Prof. Dr. Gustavo Manuel S. Dória, com suas contribuições para o enriquecimento do trabalho. Bem como a banca final que trouxe reconhecimento a este trabalho e pontuações que me trouxeram muito crescimento.

A todos os participantes da pesquisa, que concordaram em dividir um pedacinho de sua história com a ciência.

A minha filha Agatha Adam que me ensinou sobre o ser mãe, ensinamento que nenhum livro poderia me trazer. Definitivamente me deu forças para não desistir deste trabalho, sobretudo devido a temática.

*Pedaço de sonho que faz meu querer acordar*

*Pra vida*

Ana Caetano / Thiago Iorczeski (2017)



## RESUMO

Atualmente os cuidados neonatais têm possibilitado o aumento na sobrevivência de recém-nascidos pré-termos, extremo baixo peso e acometidos por adoecimentos perinatais, porém, com risco de comprometimento no desenvolvimento neuropsicomotor e psíquico. Estudos relatam aumento de psicopatologias em prematuros, inclusive prematuros tardios. Diversos recém-nascidos necessitam de tratamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, um ambiente estressante para pais e recém-nascidos. A separação nesta situação entre mãe e filho é problemática para o desenvolvimento psíquico do recém-nascido. Portanto, monitorar a saúde mental da díade mãe-recém-nascido durante a internação e após a alta, parece ser importante para lhes possibilitar intervenções de prevenção a psicopatologias. **Objetivo:** descrever a frequência de estresse materno e de indicadores de risco psíquico em recém-nascidos que foram expostos à internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Métodos:** estudo observacional, analítico, coorte, entre dezembro de 2017 e dezembro de 2018, que acompanhou os recém-nascidos do Serviço de Seguimento de Recém-nascidos de Risco da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra (SC) e suas mães durante os quatro primeiros meses de idade corrigida, através de duas avaliações: a primeira em até 15 dias após a alta e a segunda em torno de 4 meses de idade corrigida. Para verificar o risco psíquico nos recém-nascidos utilizou-se o instrumento Indicadores de Risco Psíquico para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), que considera risco psíquico a ausência de dois indicadores de desenvolvimento psíquico ou mais. Para verificar o estresse materno utilizou-se o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Foram avaliadas 26 díades (mãe-recém-nascido), sendo 13 recém-nascidos expostos à internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 13 não expostos. Todos os participantes que apresentaram alterações na primeira avaliação passaram por intervenção. **Resultados:** O estudo encontrou associação entre estresse materno e internação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ( $p=0,037$ ) e estresse materno e tempo de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ( $p=0,031$ ) na primeira avaliação. Na segunda avaliação todas as mães estavam recuperadas do estresse. Quanto aos Indicadores de Desenvolvimento Psíquico, 34,6% ( $n=9$ ) tiveram 2 ausências ou mais na primeira avaliação, na segunda avaliação todos os lactentes apresentaram os indicadores dentro dos padrões esperados para a idade. Não houve associação entre risco psíquico e estresse materno. Não houve diferença na frequência de indicadores de risco psíquico entre os recém-nascidos que foram internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e os que não foram internados. Houve associação entre duas ausências ou mais de Indicadores de Desenvolvimento Psíquico e prematuridade ( $p=0,014$ ). **Conclusões:** a saúde mental materna é impactada pela internação do recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, mas a avaliação e intervenção precoces mostraram-se eficazes na redução do estresse. A internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal não foi relevante para o Risco psíquico, mas a prematuridade sim, demonstrando que prematuros precisam ser monitorados também quanto ao desenvolvimento psíquico. Dessa forma, a intervenção a tempo é importante para prevenir psicopatologias futuras nestas díades.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental. Recém-nascido prematuro. Estresse materno. Cuidado do lactente. Saúde materno infantil. Prevenção.

## ABSTRACT

Currently, neonatal care has made it possible to increase the survival of preterm newborns, extremely low birth weight and affected by perinatal illnesses, however, with a risk of impaired neuropsychomotor and psychological development. Studies report an increase in psychopathologies in preterm infants, including late preterm infants. Several newborns need treatment in the Neonatal Intensive Care Unit, a stressful environment for parents and newborns. The separation in this situation between mother and child is problematic for the newborn's psychic development. Therefore, monitoring the mental health of the mother-newborn dyad during hospitalization and after discharge, seems to be important to enable interventions to prevent psychopathologies. **Objective:** to describe the frequency of maternal stress and psychic risk indicators in newborns who were exposed to admission to the Neonatal Intensive Care Unit. **Methods:** observational, analytical, cohort study, between December 2017 and December 2018, which followed the newborns at the Risk Newborn Follow-up Service of the Municipal Health Department of Mafra (SC) and their mothers during the four first months of corrected age, through two assessments: the first within 15 days after discharge and the second around 4 months of corrected age. To verify the psychic risk in newborns, the Psychological Risk Indicators for Child Development (IRDI) instrument was used, which considers psychic risk to be the absence of two or more psychic development indicators. Lipp's Stress Symptom Inventory for Adults (ISSI) was used to verify maternal stress. 26 dyads (mother-newborn) were evaluated, 13 newborns exposed to admission to the Neonatal Intensive Care Unit and 13 not exposed. All participants who had changes in the first assessment underwent intervention. **Results:** The study found an association between maternal stress and newborn hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit ( $p = 0.037$ ) and maternal stress and length of stay in the Neonatal Intensive Care Unit ( $p = 0.031$ ) in the first assessment. In the second assessment, all mothers were recovered from stress. As for Psychic Development Indicators, 34.6% ( $n = 9$ ) had 2 absences or more in the first assessment, in the second assessment all infants presented the indicators within the expected standards for their age. There was no association between psychological risk and maternal stress. There was no difference in the frequency of psychological risk indicators between newborns who were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit and those who were not hospitalized. There was an association between two or more absences of Psychic Development Indicators and prematurity ( $p = 0.014$ ). **Conclusions:** maternal mental health is impacted by the newborn's admission to the Neonatal Intensive Care Unit, but early assessment and intervention proved to be effective in reducing stress. Hospitalization in the Neonatal Intensive Care Unit was not relevant to psychological risk, but prematurity was, showing that premature infants also need to be monitored for psychological development. Thus, timely intervention is important to prevent future psychopathologies in these dyads.

**Keywords:** Mental health. Infant premature. Maternal stress. Infant care. Maternal and child health. Prevention.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 –	INDICADORES DE RISCO PSÍQUICO DE 0 A 3 MESES E 29 DIAS E EIXO TEMÁTICO .....	33
FIGURA 1 –	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DISPONÍVEL AO LONGO DO PERÍODO DE COLETA DE DADOS .....	47
QUADRO 2 –	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO FONTE DE ACORDO OS DADOS DISPONÍVEIS NO DATASUS PARA O ANO DE 2015 .	43
QUADRO 3 –	NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE MAFRA SANTA CATARINA CONSIDERANDO ASPECTOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, IDADE GESTACIONAL, ESCORE DE APGAR NO QUINTO MINUTO INFERIOR A 7 E PESO AO NASCER .....	44
QUADRO 4 –	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS INTERFERENTES ESTUDADAS .....	49
QUADRO 5 –	DISTRIBUIÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	57
QUADRO 6 –	NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO EM RELAÇÃO ÀS MÃES NO QUE DIZ RESPEITO A QUEIXAS DE ESTRESSE E QUEIXAS DEPRESSIVAS, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	71
QUADRO 7 –	DESCRIÇÃO RISCO PSÍQUICO, DENVER II E IDADE GESTACIONAL COM ALTERAÇÕES NA AMOSTRA TOTAL.....	73
QUADRO 8 –	CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS QUE TIVERAM O IRDI 5 AUSENTE NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO .....	74

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO DA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	54
TABELA 2 –	IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	55
TABELA 3 –	IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA SEGUNDA AVALIAÇÃO NA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	55
TABELA 4 –	IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA SEGUNDA AVALIAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	55
TABELA 5 –	LOCAL DE NASCIMENTO NA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	56
TABELA 6 –	IDADE GESTACIONAL, ESCORE DE APGAR DE 1º E 5º MINUTOS NA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	56
TABELA 7 –	TEMPO DE EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PROCEDIMENTOS INVASIVOS OROFACIAIS NOS RECÉM-NASCIDOS, SEGUIMENTO DE RECÉM NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	57
TABELA 8 –	IDADE MATERNA E NÚMERO DE GESTAÇÕES, AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	58
TABELA 9 –	TIPO DE PARTO DOS RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, OS NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	58
TABELA 10 –	HISTÓRICO DE DOENÇA MENTAL E DIAGNÓSTICO EM MÃES DOS RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM	

	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, OS NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	59
TABELA 11 –	ESCOLARIDADE, EMPREGABILIDADE, PLANEJAMENTO FAMILIAR, VÍNCULO COM O GENITOR, CONFLITO COM O GENITOR DAS MÃES DO RECÉM NASCIDOS, DA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	60
TABELA 12 –	ASPECTOS EMOCIONAIS MATERNOS NA PRIMEIRA E NA SEGUNDA AVALIAÇÕES AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	61
TABELA 13 –	ESTRESSE MATERNO, FASE DO ESTRESSE, PREDOMINÂNCIA DE SINTOMAS, INTERVENÇÃO E TIPO DE INTERVENÇÃO EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	62
TABELA 14 –	ESTRESSE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	63
TABELA 15 –	COMPARAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E ESTRESSE MATERNO, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	63
TABELA 16 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTRESSE MATERNO E OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS OROFACIAIS REALIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NOS RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	64
TABELA 17 –	COMPARAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL E ESTRESSE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E NA AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	64
TABELA 18 –	ESTRESSE MATERNO NA SEGUNDA AVALIAÇÃO, RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS, NÃO EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM	

	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	65
TABELA 19 –	RISCO PSÍQUICO, AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA E SEGUNDA AVALIAÇÕES, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	66
TABELA 20 –	RISCO PSÍQUICO, IRDI 1, IRDI 2, IRDI 3, IRDI 4, IRDI 5, NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO E TIPO DE INTERVENÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	67
TABELA 21 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	68
TABELA 22 –	COMPARAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E RISCO PSÍQUICO, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	68
TABELA 23 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS OROFACIAIS REALIZADOS NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	69
TABELA 24 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E ESTRESSE MATERNO, AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	69
TABELA 25 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E ESTRESSE NAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E RECÉM-NASCIDOS NÃO EXPOSTOS, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	70
TABELA 26 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE GESTACIONAL E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O	



	DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	70
TABELA 27 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO E RISCO PSÍQUICO, AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	71
TABELA 28 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E OS NÃO EXPOSTOS, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	71
TABELA 29 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE CONFLITOS CONJUGAIS E RISCO PSÍQUICO, AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	73
TABELA 30 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE HISTÓRICO DE DOENÇA MENTAL MATERNA E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	73
TABELA 31 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	74
TABELA 32 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTRESSE MATERNO E IRDI 5 EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, OS NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018 .....	74



## LISTA DE ABREVIATURAS

BIPAP	– <i>Bilevel Positive Pressure Airway</i> (pressão positiva em vias aéreas a dois níveis)
CPAP	– <i>Continuous Positive Airway Pressure</i> (pressão positiva contínua em vias aéreas)
DNPM	– Desenvolvimento neuropsicomotor
DPP	– Depressão pós-parto
IG	– Idade gestacional
IRDI	– Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil
ISSL	– Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
NASF	– Núcleo Ampliado de Saúde da Família
RN	– Recém-nascido
RNPT	– Recém-nascido pré-termo
RNT	– Recém-nascido a termo
SBP	– Sociedade Brasileira de Pediatria
TCLE	– Termo de consentimento livre e esclarecido
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	– Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VPP	– Ventilação com pressão positiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1.1 OBJETIVO GERAL .....	21
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>22</b>
2.1 O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA E A SAÚDE MENTAL DO RECÉM NASCIDO .....	22
2.2 FUNÇÃO MATERNA.....	24
2.2.1 Saúde Mental Materna .....	27
2.3 PREVENÇÃO EM PSICOPATOLOGIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA.....	29
2.3.1 O instrumento IRDI e suas pretensões no campo da psicopatologia .....	32
2.4 ASPECTOS EMOCIONAIS DA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL .....	34
2.4.1 O recém-nascido .....	34
2.4.2 A mãe .....	35
2.4.3 Intervenção proposta pela psicanálise à díade exposta à internação do Recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal .....	37
2.4.4 A importância da humanização no cuidado perinatal .....	40
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>43</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	43
3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO .....	43
3.3 POPULAÇÃO FONTE .....	43
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	45
3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....	45
3.6 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	46
3.7 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	47
3.8 HIPÓTESE DE ESTUDO .....	47
3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	48
3.9.1 Variável Independente.....	48
3.9.2 Variáveis Dependentes .....	48
3.9.3 Variáveis Interferentes.....	48
3.10 PROCEDIMENTO DE TRABALHO .....	49
3.11 REGISTRO E GERENCIAMENTO DOS DADOS .....	52

3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	52
3.13 ÉTICA EM PESQUISA .....	53
3.14 MONITORAÇÃO DA PESQUISA .....	53
3.15 FOMENTO PARA PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS .....	53
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA.....	54
4.2 ASPECTOS EMOCIONAIS MATERNOS.....	60
4.3 INDICADORES DE RISCO PSÍQUICO - IRDI .....	66
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>76</b>
5.1 ALTERAÇÕES EMOCIONAIS MATERNAS (ESTRESSE, DEPRESSÃO E OUTROS SINTOMAS EMOCIONAIS) E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL .....	76
5.2 RISCO PSÍQUICO E RELAÇÃO COM EMOÇÕES MATERNAS.....	82
5.3 RISCO PSÍQUICO E EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL .....	87
5.4 RISCO PSÍQUICO E DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR .....	88
5.5 A IMPORTÂNCIA PSICOSSOCIAL DO INSTRUMENTO IRDI E SUA INSERÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO OPÇÃO DE BAIXO IMPACTO FINANCEIRO	89
5.6 AS LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	92
5.7 IMPORTÂNCIA DE MAIS ESTUDOS SOBRE O TEMA .....	93
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
<b>7 CONCLUSÕES .....</b>	<b>97</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE 1 – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>109</b>
<b>APÊNDICE 2 – FICHA DE REGISTRO DE DADOS .....</b>	<b>111</b>
<b>APÊNDICE 3 – ARTIGO.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO 1 – IRDI .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXO 2 – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>139</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são marcados pela alta tecnologia e pela urgência e precisão das ações no sentido de manter a vida dos recém-nascidos (RN). Os avanços na tecnologia de assistência neonatal têm possibilitado que RN de extremo baixo peso, pré-termos e acometidos por doenças perinatais sobrevivam (SBP, 2012).

A mortalidade no primeiro mês de vida teve uma queda de 37 para 18 a cada 1000 nascidos vivos entre os anos de 1990 e 2017 em todo o mundo (WHO, 2019). O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal, sendo a prematuridade uma das causas. Nesse contexto, segundo dados da Organização Mundial da Saúde, todos os anos, cerca de 30 milhões de RN nascem prematuros e/ou com doenças que os forçam a necessitar de cuidados hospitalares além dos que envolvem o parto. Desses RN, entre 8 e 10 milhões necessitam de cuidados em UTIN para que possam sobreviver e se desenvolver. Com isso, fica evidente que a temática continua sendo um problema de saúde pública. Ao se tomar o dado referente à prematuridade, por exemplo, em 2014, o Brasil foi considerado um dos países com maior número de nascimentos deste tipo, juntamente com Índia, China e Estados Unidos (WHO, 2019). Em 2018, a prevalência de prematuros foi de 12,5% no Brasil e no município de Mafra (SC) chegou a 14,4% (BRASIL, 2020). Esta população demanda dos serviços um olhar mais atento sobre sua saúde e desenvolvimento (WHO, 2019). Neste contexto, o desenvolvimento psíquico também é uma preocupação. Alguns estudos demonstram um aumento de incidência de psicopatologias em prematuros, tanto nos extremos quanto nos tardios (VANIER 2013; ROGERS *et al*, 2013). Sabe-se que RN expostos à internação em UTIN independentemente da idade gestacional (IG) apresentam maior risco no desenvolvimento neuropsicomotor, quando comparados com RN não expostos aos 12 meses de idade corrigida (BALLANTYNE *et al*, 2016).

Em relação à experiência dos pais quanto à internação do RN em UTIN, a mesma é apontada por diversos autores como um elemento estressor para os pais (SINGER, *et al*, 1999; PINELLI, *et al*, 2008; LESTER, *et al*, 2014; VARGHESE, 2015; VARMA, J. R. *et al.*, 2019), portanto o seu acompanhamento mostra-se fundamental (GARTHUS-NIEGEL, *et al*, 2018). A separação entre mãe e filho ocasionada pela

internação em UTIN também é considerada problemática para o desenvolvimento psíquico do RN segundo alguns autores (MATHELIN 1999; VORCARO 2010).

Como exemplo, pode ser citado um estudo suíço que encontrou correlação entre sintomas de depressão pós-parto (DPP) e dificuldade de autorregulação emocional em crianças pré-escolares (SANDOZ *et al* 2018). Pesquisadores noruegueses concluíram que há relação entre estresse pós-traumático pós-parto nas mães e uma qualidade de sono ruim em crianças aos dois anos (GARTHUS-NIEGEL *et al.*, 2018). Dessa forma, fica evidente que não se tratam de doenças mentais instaladas, mas entraves no desenvolvimento psicológico que podem gerar perda de qualidade de vida e pródromos de doenças mentais.

No entanto, Cohen *et al.* (2017), ao analisarem a relação entre lactentes com sintomas autísticos e lactentes normais, chegaram à conclusão de que não havia relação entre o estado psicológico dos pais e dos filhos.

De qualquer forma, estudos também demonstram que com apoio profissional é possível o reposicionamento dos pais em relação a função materna e paterna junto aos RN (ENGEL, 2014). Esse apoio aos pais fortalece suas habilidades enquanto cuidadores do RN, trazendo benefícios para o desenvolvimento do mesmo e redução do estresse (WHO, 2019). Eles devem ter início ainda durante o período de exposição à UTIN, quando devem ser adotados instrumentos de detecção e intervenção precoces (GARTHUS-NIEGEL *et al.*, 2018). A continuidade da intervenção também deve ser após a alta hospitalar, conforme indicações para seguimento de RN com riscos para o desenvolvimento neuropsicomotor da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012).

No que diz respeito à avaliação do risco psíquico, até pouco tempo atrás era subjetiva e realizada por psicólogos. Os instrumentos disponíveis para tal avaliação mostravam-se extensos e de realização complexa (LESTER, 2014).

Com isso, no Brasil entre 2000 e 2008, a partir de uma demanda do Ministério da Saúde, um grupo de psicanalistas e pesquisadores desenvolveu a Pesquisa Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). O estudo definiu e validou 31 indicadores de risco psíquico com base nas teorias de Freud, Winnicott e Lacan, observáveis nos primeiros 18 meses de vida do lactente. Esses indicadores psíquicos foram criados para avaliar o desenvolvimento da criança e orientar o trabalho dos pediatras da rede de saúde pública (LERNER;

KUPFER, 2008; JERUSALINSKY *et al.*, 2009; KUPFER *et al.*, 2010; MARIOTTO, PESARO, 2018).

Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo descrever a incidência de estresse materno e de indicadores de risco psíquico em RN que foram expostos à internação em UTIN. O acompanhamento ocorreu até o quarto mês de idade corrigida dos lactentes. A amostra foi retirada de uma população de risco para desenvolvimento.

### 1.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a frequência de estresse materno e indicadores de risco psíquico em Recém-nascidos (RN) que passaram por internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

### 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se mãe e RN que passaram por internação em UTIN estabelecem laço subjetivante;
- Verificar a relação entre o estado emocional da mãe e a presença de indicadores de risco psíquico para o desenvolvimento no RN que passou por internação em UTIN;
- Verificar se a frequência de estresse materno e presença de indicadores de risco psíquico são maiores em recém-nascidos prematuros (RNPT);
- Verificar se há relação entre risco psíquico e desenvolvimento neuropsicomotor;
- Verificar se a incidência de estresse materno e presença de indicadores de risco psíquico são maiores em RN com maior tempo de internação em UTIN;
- Verificar se a frequência de estresse materno e presença de indicadores de risco psíquico são maiores em RN que passaram por mais procedimentos invasivos orofaciais.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA E A SAÚDE MENTAL DO RECÉM NASCIDO

O referencial psicanalítico considera que a constituição subjetiva diz respeito ao processo de desenvolvimento do sujeito psíquico, sendo este um conceito norteador de suas intervenções. Trata-se do desenvolvimento de um ser dividido em instâncias psíquicas que propiciam a vivência em sociedade de forma mais saudável possível. O sujeito psíquico é aquele capaz de desejar e fazer-se objeto de desejo do outro sem que se perca nessa relação. A qualidade do desenvolvimento do sujeito psíquico será determinante para a forma que irá se relacionar com o mundo (CABAS, 2010; TOREZAN & AGUIAR, 2011).

Diferente dos outros animais, o ser humano não se desenvolve apenas baseado em uma sequência lógica e idêntica a todos os indivíduos da espécie, onde o instinto seria o norte de tal desenvolvimento. Para a psicanálise, o indivíduo, tratado como sujeito psíquico desejante, constrói elementos únicos e diferentes de todos os demais animais a partir dessa posição subjetiva, levado a isso por sua estrutura pulsional. Sendo assim, salienta-se a importância das relações humanas no desenvolvimento deste sujeito desejante, que depende de um outro para se desenvolver em seu potencial. Sozinho, sem a intervenção de outro sujeito psíquico, seus instintos não são suficientes para que haja desenvolvimento subjetivo (JORGE, 2005; TOREZAN e AGUIAR, 2011; CHAVES, 2013).

No início da vida do RN, este sujeito psíquico que irá lhe proporcionar desenvolvimento é constituído pelo Outro materno, geralmente encarnado pela mãe – embora possa ser encarnado por outro alguém que não necessariamente a mãe biológica, pois trata-se de uma função e não de um ente fixo e insubstituível – que oferece uma base para esse desenvolvimento, como um espelho que propicia ao lactente entender-se como sujeito e desenvolver-se de tal forma. Mas, não trata-se de um espelho isento, trata-se de uma espécie de reflexo que lhe dota de qualidades, mesmo antes de seu surgimento de fato. Pode-se concluir que as características desta relação são fundamentais e para que sejam positivas é preciso que o Outro materno apresente-se como um sujeito psíquico constituído da forma mais saudável possível (JORGE, 2005). Ao considerar que a mãe é o intérprete que



lê o filho a partir de si mesma, ou seja, a partir de toda a sua representação de mundo e seus afetos, a forma como essa leitura é feita vem a ter efeitos sobre a constituição das representações da própria criança. O processo acontece quando da antecipação do sujeito a partir de toda a história materna. Esta antecipação não é uma tarefa fácil, pois diante da realidade é preciso lidar com as respostas efetivas oferecidas pelo RN e suas demandas, é preciso adivinhar o que vem a satisfazê-lo e projetar um sujeito psíquico a partir desse processo (DIAS, 2010; ZIMMERMANN, 2017; ZEN; TRIANE, I. 2017).

Kupfer *et al.* (2010; 2016), trazem a noção de sujeito referindo-se a ele como uma instância psíquica inconsciente que é constituída desde o início da vida de uma criança, na verdade mesmo antes de seu nascimento, pois engloba toda a estrutura social em que a criança virá a nascer, desde elementos mais globais como a história local, das pessoas que ali habitam e seus ascendentes, até os elementos mais intimistas como a história, costumes e crenças da família que o acolherá (ou não) e também a organização do desejo de seus pais a seu respeito. Este meio externo que antecede e mantém-se contemporâneo ao nascimento da criança irá produzir efeitos sobre toda a sua constituição subjetiva. Também contribuirão para esse processo outros eventos que incidirão sobre ele de maneira singular, tornando cada sujeito psíquico único.

Mas, até chegar ao sujeito psíquico estruturado o caminho é longo e intenso. Partindo de um RN que ainda não tem consciência do si mesmo enquanto objeto, pois a diferenciação entre ele e o ambiente ainda não está presente. Sua vivência gira em torno da tensão e apaziguamento, mas por não ter senso de diferenciação do ambiente, não é capaz de saber a fonte de suas sensações, se seu estado é efeito de dentro ou fora de si. O que permite a ascensão de um sujeito, ou seja, a diferenciação entre o si mesmo e o outro é a fala significativa do cuidador que vai deixando marcas no psiquismo do RN. Nessa relação o outro confirma e reconfirma elementos que vão se estabelecendo nesse psiquismo, numa relação de ausência e presença que deixa marcas, deixa significados que poderão organizar-se em diferentes cadeias significantes que possibilitam ao sujeito sua existência (MATHELIN, 1999; VORCARO, 2010).

Em síntese, a psicanálise entende que a saúde mental inclui a constituição de um sujeito psíquico desejante: aquele capaz de construir elementos de realização ao longo de sua existência. Tal constituição psíquica teria, nesta perspectiva, seu

início nos primórdios da vida do RN, como citado anteriormente, e seria absolutamente dependente da relação com um outro que ao ler suas necessidades físicas, afetivas ou de qualquer outra espécie lhe traria o alívio dessa tensão, deixando no psiquismo em construção uma espécie de marca subjetiva (traço mnêmico) dessa satisfação. Diante de nova excitação, o cérebro seria capaz de reinvestir os traços mnêmicos, efeito de satisfações anteriores, buscando satisfazer-se novamente. Mas, quando a satisfação não ocorre apenas pelo reinvestimento no traço, então o RN vai demonstrando à figura materna que necessita de novas satisfações. Quanto mais elementos têm satisfeitos, mais é capaz de demandar de forma específica suas necessidades. No entanto, inicialmente, tal leitura é apenas suposta pela figura materna, afinal, inicialmente o RN não é capaz de expressar-se de forma diferente a cada necessidade, mesmo porque ainda não tem conteúdo psíquico suficiente para isso e nem aparato neurológico. Com o tempo e toda a maturação do organismo, aliado à constituição psíquica, o sujeito vai podendo, ao reinvestir na figura de satisfação e os diferentes arranjos combinados de diversas marcas de satisfação, agir no ambiente a fim de buscar o alívio. Eis a instauração do desejo e a capacidade de busca por seu apaziguamento (ZIMMERMANN, 2017).

## 2.2 FUNÇÃO MATERNA

A função materna é um conjunto de práticas complexas e versáteis, com elementos que envolvem ações e posturas diversas que serão descritas a seguir. É chamada de função materna em psicanálise porque na grande maioria dos casos é exercida pela mãe. Mas, trata-se de uma função e não de uma pessoa específica, sendo assim, pode ser executada por qualquer substituto não só que se coloque neste lugar, mas que deseje nele estar, pois mesmo a mãe biológica, por vezes, não se mostra capaz de executar esta função. A maturação neurológica e genética do RN é extremamente sensível às intervenções. Trata-se de uma relação de mão dupla, na qual as ações citadas promovem a maturação neurológica onde o sujeito psíquico se apoia de tal forma a constituir sua existência. Sendo assim, a falta dessa função materna põe em risco a constituição do sujeito psíquico (KUPFER *et al.*, 2010).

O que se espera da função materna é que, durante um período inicial, a mãe (ou seu substituto) e RN/lactente sejam apenas um. O RN/lactente está na posição

de objeto do desejo dessa mãe, o objeto que lhe completa. Com isso, entende-se que a princípio o único sujeito psíquico constituído seja a mãe. É por meio da alienação a ela que o RN/lactente vai descobrindo seu próprio corpo e suas emoções, pois é o desejo materno, através de suas ações e sua fala que lhe proporcionarão tal vivência, em segurança, acolhido e amado. De forma protegida e afetiva, o estado de ânimo da mãe lhe dará uma noção do ânimo do mundo, a capacidade da mãe de desejar lhe mostrará o caminho do desejo e assim a constituição subjetiva poderá acontecer (MATHELIN, 1999).

Todo esse processo acontece com algumas características peculiares essenciais, a começar pelo tom da fala dirigido ao RN/lactente, pois a mãe, na relação primordial com o filho apresenta variações na forma de falar e acredita-se que são essas variações que atraem o RN/lactente. Trata-se de um diálogo particular entre mãe e filho que acontece numa espécie de dialeto, o “manhês” (FERREIRA, 2005; KUPFER *et al.*, 2010; MATHELIN, 1999). Uma revisão sistemática publicada em 2013 trouxe achados a respeito do “manhês” abrangendo estudos desde 1966, num total de 144 estudos considerados relevantes, concluiu que esta forma específica de interação entre a mãe e o lactente tem um importante papel no desenvolvimento social e cognitivo do mesmo, em todos os idiomas pesquisados (SAINT-GEORGES, 2013).

Ao falar com o RN/lactente, a mãe estabelece um diálogo entre dois sujeitos: a mãe já constituída e um suposto sujeito, o “bebê”. Cada movimentação, choro ou vocalização do RN/lactente, a princípio instintual de modo geral, são traduzidos por sua mãe como uma demanda. O diálogo inclui o movimento de ausência e presença materna, pois quando ela vocaliza como se fosse o RN/lactente, quando dá espaço às vocalizações e movimentos do RN/lactente, além de quando dirige suas vocalizações a outro que não ele, está ausente enquanto sujeito, dando espaço para o RN/lactente advir enquanto sujeito psíquico. Dessa forma, a suposta demanda que é dirigida à mãe, que responde com água, comida, fraldas, amor (pois a demanda é sempre uma demanda de amor), vai se transformando realmente numa demanda de algo a mais, ou seja, com o transcorrer do tempo essa relação permite que o RN/lactente passe efetivamente à posição de sujeito desejante, vindo ele mesmo a ter seus próprios desejos dirigidos primeiro à figura materna e posteriormente ao campo social (FERREIRA, 2005; KUPFER *et al.*, 2010; MATHELIN, 1999).

Além de tudo, a constituição subjetiva depende de um algo a mais nessa relação entre mãe/RN. Para Aulagnier (1979 citado por Zimmermann, 2017), a vivência afetiva precisa ser verdadeira, marcada pelo prazer materno. Como se o prazer materno produzisse uma experiência única de prazer também no lactente a ponto de gerar um traço mnêmico deste elemento no mesmo. Este traço de satisfação marcado pelo prazer tenderá a ser reinvestido, tornando-se assim um espaço para o surgimento do desejo. Já no caso de experiências de desprazer a tendência seria a rejeição da experiência. No entanto, ao considerar que a possibilidade de criar e investir em traços mnêmicos carregados de prazer acompanha o sujeito para toda a vida, abre a possibilidade de intervenção precoce sobre a díade mãe-bebê para que ela seja transformadora e produtora de marcas positivas, que possam ser consideradas elementos centrais da saúde mental.

Essa relação de prazer a princípio por parte da mãe e com o tempo vivenciada pelo lactente, é trazida pela experiência de Laznik (2013) quanto à evolução dessa relação. A partir da análise de mais de 40 filmes de RN/lactentes no cotidiano doméstico, a psiquiatra francesa, traz um relato a respeito da evolução de lactentes considerados com o desenvolvimento normal e lactentes que vieram a ter problemas graves no desenvolvimento. Relembra que para que haja constituição subjetiva saudável no lactente é imprescindível que a mãe apresente prazer na relação com o mesmo. Um período de alegria e contentamento materno que geram a mesma sensação no lactente que se percebe enquanto objeto de satisfação materno. No ápice dessa relação, é preciso que a mãe faça uma virada de posição e passe a admirar o lactente de tal forma que ele se reconheça como sujeito capaz de fazer laço, de despertar desejo e prazer na relação com o outro. Este momento único e de fundamental importância do ponto de vista psíquico traz ao lactente a possibilidade de avançar na constituição subjetiva rumo a saúde mental. De outra forma, os RN/lactentes que não demonstraram esse processo na relação com suas mães ficaram presos em si mesmos e não conseguiram oferecer-se enquanto objeto de satisfação materno, não estabelecendo laço, portanto.

A partir da capacidade em desempenhar a função materna, mãe e RN terão um laço subjetivante estabelecido. Neste enlace, todo descrito acontece, possibilitando futuramente que outros laços sociais sejam estabelecidos com diferentes objetos ao longo da história do sujeito psíquico. É importante frisar que o laço entre a mãe e o RN é estruturante do sujeito psíquico e sua falta põe em risco

tal estruturação. Trata-se de uma relação que tem como especial o fato de ser conduzida a partir de determinações inconscientes maternas, não sendo apenas uma vontade consciente de estar junto, numa relação de contiguidade, mas de um desejo estabelecido a partir de todo o material inconsciente dessa mãe (LAZNIK, 2013).

A resposta do RN/lactente também é importante para a manutenção da função materna. Quando um RN/lactente não apresenta qualquer resposta ao investimento materno, à sua fala e ao seu olhar, mostra-se uma tarefa árdua e, por vezes impossível, para a mãe continuar a investir, assim, pode calar-se exausta emocionalmente diante da falta de resposta. Isto pode interromper o processo de constituição subjetiva. Para continuar, a mãe precisa do olhar do filho e mais tarde de suas vocalizações, pois precisa de um segundo sujeito, mesmo que inicialmente apenas suposto, além dela mesma para dialogar. Somente a repetição desse processo poderá levar o RN/lactente a chegar ao ápice de ser considerado sujeito psíquico constituído. De fato, não se acaba aí o desenvolvimento psicológico. Mas, o momento em que o pequeno sujeito assume a posição de causa do desejo e convoca o outro a uma relação de prazer mútuo consigo é um marco fundamental ao desenvolvimento psicológico posterior (LAZNIK, 2013).

### 2.2.1 Saúde Mental Materna

A partir de suas pesquisas teóricas, Folino e Souza (2013; 2016) descrevem o processo psicológico de constituição da subjetividade materna durante o período gestacional e após o parto, destacando a questão não só dos ganhos, mas, especialmente, das perdas advindas de todo o processo de gestação e parto. Tais perdas constitucionais são importantes para que seja construída a imagem de mãe. O conjunto de perdas de segurança, mudanças físicas, autoimagem (física e psíquica), perda do bebê ideal, etc., podem culminar num processo de luto de difícil elaboração que pode vir a constituir um conjunto de sintomas depressivos. Salientam que as perdas e sua elaboração fazem parte de todo o processo de parto e puerpério, mas nem sempre constituirão um conjunto de sintomas graves o suficiente para que necessitem de intervenção. Com isso, fazem a diferenciação entre o *baby blues*, estado relacionado a tais perdas, sendo benigno e comum à

maioria das mulheres e a depressão pós-parto, mais grave e que necessita de intervenção clínica.

Para ilustrar que não se trata necessariamente de observar sintomas manifestos para se chegar a detecção da falha na relação entre mãe e RN, apresentam duas vinhetas clínicas. A primeira é composta por uma mãe que apresenta diversos momentos de choro, dias de tristeza, mas ainda assim consegue ligar-se ao RN e estabelecer a função materna. Tem consciência das perdas e ganhos da maternidade e precisa de períodos de solidão junto ao RN para elaborar as perdas subjetivas e físicas do pós-parto e para construir sua identidade de mãe. Embora haja choro e tristeza, não se configura como um caso de depressão, pois a mãe está atravessando um momento difícil e construindo sua identidade materna, assim como a sua subjetividade. O segundo caso é descrito a partir de uma mãe que se mostra muito prática, resolvendo questões da vida cotidiana, em ritmo acelerado e aparentemente eficiente. Mas, neste segundo caso, é importante observar que esta mulher apresenta urgência em retomar sua condição subjetiva anterior a gestação, o que demonstra que está com dificuldades em lidar com o estado atual. Ela age com o RN como se fosse mais velho, o estimula e espera dele respostas que ainda não tem condições de oferecer, tem pressa em retomar suas atividades e colocar o RN num berçário, terceirizando os cuidados do mesmo. Embora em seu discurso fale de afetividade, de fato, há uma dificuldade intensa em estabelecer o laço social com o RN, elemento importante para que seja desenvolvida a maternagem primária, fundamental para a constituição subjetiva, que neste caso apresentou dificuldades (FOLINO; SOUZA, 2016).

O sofrimento pode, pois, apresentar diversas formas de se manifestar enquanto sintoma, sendo muito importante detectá-lo. Considerando a importância da detecção de sinais de sofrimento materno, o pediatra é visto como um agente importantíssimo na verificação de sintomas depressivos na mãe, uma vez que é o profissional que tem mais contato com a díade mãe-RN. Esta identificação é essencial para que aconteça uma intervenção a tempo, pois é no campo das relações precoces que se dá o início da constituição subjetiva. E quanto mais saudável é este início, mais protegido está o sujeito em formação quanto a instalação de quadros de transtornos mentais graves (FOLINO; SOUZA, 2013).

Considerando toda a gama de sentimentos adversos que podem envolver a instauração e vivência da maternidade, mostra-se importante que além de serviços

de saúde voltados a esta população, também haja uma rede de apoio familiar e social para a mesma. Um estudo com mulheres de baixa renda apontou que a falta de apoio por parte do pai de RNPT e/ou de muito baixo peso, configurado pela separação dos pais foi um fator de risco para sintomas psicológicos (GARFIELD *et al.*, 2015).

## 2.3 PREVENÇÃO EM PSICOPATOLOGIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Zimmermann e Mori (2016) explicam o fundamento do trabalho psicanalítico em idade tão precoce, ou seja, de 0 a 3 anos de idade. Para as autoras, o trabalho parte do princípio de que independente da etiologia do sofrimento psíquico do RN/lactente, a intervenção visa aproveitar a neuroplasticidade cerebral para curar ou minimizar os efeitos deletérios de uma dificuldade do funcionamento cerebral que pode ser de origem genética ou qualquer outra. A intervenção é para que o RN/lactente possa adentrar ao modo de funcionamento psicológico do grupo humano, que se mostra diferente do ciclo biológico instintivo dos demais animais e que só pode ser constituída pela relação com outros humanos (CHAVES, 2016). É sobre o laço subjetivante entre o RN/lactente e um humano primordial, ao qual geralmente é identificado à figura da mãe, que o profissional intervém. O trabalho é intensivo e lento o que dificulta grandes estudos populacionais, com isso a comunidade psicanalítica trabalhou por muito tempo com a divulgação de estudos no formato de relatos de caso em sua maioria, com a finalidade de produzir um conjunto de conhecimento palpável para sustentar a afirmação da importância e efetividade dessa prática. Um dos esforços mais significativos foi o trabalho de Lasnik (2013) e sua equipe com a análise dos vídeos domésticos de RN/lactentes com problemas no desenvolvimento, além dos vídeos das sessões realizadas com diversos RN/lactentes que demonstram sua evolução através das intervenções.

Para suprir esta demanda por um estudo populacional significativo e confirmar os elementos trabalhados pelos psicanalistas, é que o IRDI foi desenvolvido a partir de um estudo realizado com 726 crianças, de 0 a 18 meses, em onze serviços de saúde de nove cidades brasileiras (Belém, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo). Este instrumento é capaz nortear o profissional quanto à sua intervenção, pois aponta-lhe onde estão as falhas da instalação do sujeito psíquico e, portanto, os elementos que



precisam ser trabalhados para a promoção de saúde mental na primeira infância. Evitando assim, o sofrimento psíquico precoce e como consequência a instalação de transtornos mentais graves. Esta preocupação com o desenvolvimento psicológico dos lactentes que conduziu o desenvolvimento do instrumento brasileiro está em consonância com os estudos franceses que culminaram no instrumento PREAUT que apresenta conclusões semelhantes. (KUPFER *et al.*, 2010; 2016).

Jerusalinsky (2017) faz uma ligação entre a atual preocupação em avaliar e intervir precocemente junto a RN/lactentes em risco psíquico, expressos hoje pela Lei 13.438/17, que prima pela prevenção de agravos em saúde mental a partir da avaliação dos lactentes até os 18 meses de vida e a intervenção a tempo, de forma a prevenir psicopatologias. Era o esperado por Freud desde a inauguração da psicanálise, onde o mesmo descreve que uma das funções da psicanálise seria a de prevenir o que à época chamou de neuroses. O IRDI, vem ao encontro destas propostas ao oferecer-se enquanto instrumento de avaliação de Indicadores de Risco Psíquico para o Desenvolvimento, porque considera que há um risco precoce para o desenvolvimento de transtornos mentais e que é possível uma intervenção a tempo.

A detecção proposta não é de diagnóstico, mas de risco. Ou seja, trata-se de uma detecção prévia ao momento de constituir-se uma patologia. Isso implica que, nos casos positivos, a necessidade será, na maior parte dos casos, de uma intervenção curta destinada a recompor o que na relação mãe-filho está rateando sempre dentro do estilo particular de cada família (JERUSALINSKY, 2017, p.255).

Entender o impacto de toda a gama de intervenções realizadas na UTIN sobre a vida psíquica do RN, mostra-se fundamental para que se possa intervir nesse psiquismo buscando reduzir da forma mais significativa possível os efeitos desse sofrimento físico e mental para lhe propiciar saúde mental desde a mais tenra idade. A partir das leituras de Freud e Aulagnier, Zimmermann (2017), salienta a indissociável relação existente entre corpo e psiquismo, sendo que quanto mais jovem o organismo, maior essa relação. Dessa forma, o sofrimento corporal do RN teria seu equivalente em mesma intensidade sobre o conjunto de sentidos que são fonte de informação para suas vivências psíquicas.

Batista (2016) apresenta relato de um trabalho de prevenção no campo da saúde mental desenvolvido em um município de Minas Gerais, onde sua função é

dar seguimento a lactentes considerado de risco para o desenvolvimento na primeira infância. Os 252 lactentes elencados para o estudo foram

“crianças com alguma síndrome diagnosticada, com sofrimento neonatal, com baixa oxigenação; com baixo peso ao nascer (<2500g); com prematuridade; desnutrição grave; triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística; doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis e AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); outras intercorrências importantes no período neonatal notificadas na alta hospitalar. [...] crianças com crescimento e ou desenvolvimento inadequados e ainda com a evolução de qualquer enfermidade que possa acarretar em atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), ou com alguma vulnerabilidade psicossocial (como depressão materna na gestação e/ou período de internação da UTI, ausência dos pais durante a passagem pela UTI, pais com alcoolismo ou drogadicção, pais muito novos, dentre outras)” (BATISTA, 2016,p.55).

O acompanhamento ocorreu ao longo do primeiro ano de vida do lactente, com consultas interdisciplinares nos meses 1, 4, 6, 9 e 12 de idade corrigida. A autora justifica a precocidade do acompanhamento e intervenção pela velocidade de conquista de resultados positivos como a diminuição do risco de instalação de psicopatologias posteriores e aumento da qualidade de vida dos acompanhados. A família neste caso foi acompanhada e não apenas o lactente, pois, parte-se do entendimento de que a constituição subjetiva é efeito dessa relação entre o lactente e seus pais (função materna e função paterna). Diante de situações de patologias ou deficiências o casal pode mostrar-se emocionalmente fragilizado e impedido de propiciar a alienação e posteriormente a separação, necessárias à constituição subjetiva do lactente (BATISTA, 2016).

Como resultado deste estudo, dos 252 lactentes acompanhados pelo programa, 49% obtiveram alta e 41% foram encaminhados para a intervenção precoce. A importância do programa está em adiantar o olhar sobre o desenvolvimento global de modo a impedir ou minimizar o surgimento de patologias ou complicações de quadros já instalados que viriam a impactar negativamente a qualidade de vida das crianças e suas famílias. A justificativa para o programa foi o fato de que as crianças eram encaminhadas para tratamento já com indícios significativos de adoecimento mental e/ou atrasos no desenvolvimento com 6 anos em média, quando iniciavam o período escolar de alfabetização. O programa demonstrou que antes dos seis anos há muito o que ser feito e não se trata necessariamente de um processo com estrutura de psicoterapia. Afinal, a partir do

acolhimento dos pais e orientações, os mesmos obtiveram sucesso na estimulação de metade dos lactentes acompanhados (BATISTA, 2016).

### 2.3.1 O instrumento IRDI e suas pretensões no campo da psicopatologia

O IRDI é um instrumento de detecção precoce de risco psíquico, desenvolvido inicialmente para aplicação na área da saúde por pediatras durante a puericultura, sendo que esta detecção visa a intervenção precoce antes mesmo da instalação de uma doença mental (FERRARI *et al.*, 2017; MARIOTTO; PESARO, 2018).

A pesquisa IRDI baseou-se no princípio de que a dificuldade interacional entre o lactente e seus cuidadores, seria fonte de sofrimento emocional para o mesmo e a intervenção no momento desse sofrimento poderia lhe proporcionar um destino mais saudável do ponto de vista da saúde mental. A proposta é intervir sobre o risco de uma evolução sintomática em saúde mental e mesmo transtornos mentais da infância. Trata-se de uma intervenção que antecede a instalação do diagnóstico. Portanto, estabelecer diagnóstico não é a função do instrumento IRDI. Não se trata também de questionar as bases biológicas e genéticas dos transtornos mentais. Trata-se de considerar o cérebro humano como capaz de responder a intervenções precoces, fugindo do determinismo biológico no campo dos transtornos mentais. O que a intervenção a tempo busca é oferecer uma chance de subjetivação e de saúde mental para os RN/lactentes a partir do que pode ser feito no campo do laço social (KUPFER *et al.*, 2016).

O IRDI é organizado em quatro eixos sustentados pela função materna para a constituição subjetiva, sendo eles:

- a) “Suposição de um sujeito” (SS): a mãe ou cuidador aposta na existência de um sujeito psíquico, mas trata-se de uma aposta, pois tal sujeito ainda se encontra em processo de constituição a partir dessa relação. O cuidador imprime intencionalidade às manifestações reflexas do RN/lactente, fazendo uma leitura para si mesmo e para o RN/lactente de que este seja capaz de querer algo;
- b) “Estabelecimento de demanda” (ED): efeito do item anterior e intimamente relacionado a ele, fala das reações involuntárias do RN/lactente que a mãe

(ou cuidador) interpreta como um pedido dirigido a ela. Quando a mãe faz esta leitura para o RN/lactente acaba por lhe favorecer a constituição da demanda, que em psicanálise é sempre uma demanda de amor;

- c) “Alternância presença/ausência” (PA): é marcado pelos momentos de ausência e presença maternos. Quando a mãe se ausenta é que surge espaço para a simbolização por parte do RN/lactente. Nesse espaço entre a demanda e a satisfação surge a possibilidade de a criança desenvolver uma resposta própria, bem como começar a desenhar para si mesma seus desejos e necessidades. Trata-se de um espaço de criação;
- d) “Função paterna” (FP): é tudo aquilo que diz respeito a uma intervenção de separação da fusão entre mãe/RN/lactente. Trata-se de um elemento terceiro nessa relação que lhes proporciona a ampliação do laço social e concretização do processo de constituição subjetiva (KUPFER *et al.*, 2010; MARIOTTO; BERNARDINO, 2009; BRASIL, 2014).

O Quadro 1 apresenta os IRDI esperados de 0 a 3 meses e 29 dias e o eixo ao qual diz respeito. O instrumento completo, até os 18 meses, encontra-se no Anexo I.

QUADRO 1 – INDICADORES DE RISCO PSÍQUICO DE 0 A 3 MESES E 29 DIAS E EIXO TEMÁTICO

INDICADOR	EIXO TEMÁTICO
IRDI 1 – Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer	SS/ED
IRDI 2 – A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela, o “manhês”	SS
IRDI 3 – A criança reage ao “manhês”	ED
IRDI 4 – A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação?	PA
IRDI 5 – Há troca de olhares entre a mãe e a criança?	SS/PA

Fonte: A autora, adaptado de KUPFER *et al.*, 2010

Legenda: SS = suposição do sujeito; ED = estabelecimento da demanda; PA = alternância presença ausência.

## 2.4 ASPECTOS EMOCIONAIS DA INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

### 2.4.1 O recém-nascido

Vanier (2013) efetua levantamentos sobre a psicopatologia do RNPT e apresenta alguns resultados a respeito. Em relação a prematuros extremos sem sequelas neurológicas, descreve pesquisa francesa publicada em 2008 na qual se encontrou uma “prevalência de déficits de atenção: 33,3% contra 6,8% nos não prematuros; problemas de socialização: 25,4% contra 5,4%; e da regulação emocional: 13,5% contra 4,1%,” (p.50) 23,2% com escore positivo para transtornos invasivos do desenvolvimento, sendo que no grupo controle a incidência foi de 3,4%. Relata também um coorte americano, publicado em 2013, que acompanhou 862 crianças prematuras baixo peso durante 21 anos, o estudo detectou incidência de 5% de autismo, contra 1% da população geral.

Dias (2010), explica que a passagem do RN pela UTIN atrasa o processo de constituição subjetiva, pois por um período crucial ao seu desenvolvimento o prematuro extremo prescindiu da presença da função materna para estar, em nome de salvar sua existência física, ligado a uma máquina ou a um conjunto delas. A máquina não pode trazer subjetivação, pois ao RN nada demanda e não lhe dá espaço para demandar ou efetuar qualquer forma de comunicação. A máquina completa as necessidades biológicas básicas do RN sem palavras, sem olhar, sem o toque terno da mãe (ou seu substituto), não havendo espaço para o movimento necessário de constituição da subjetividade. A hipótese descrita é a de que este tempo, não enquanto memória, mas como traço mnêmico ficaria inscrito no inconsciente do sujeito e contribuiria para a constituição de transtornos mentais posteriormente (MATHELIN, 1999; VORCARO, 2010; VANIER, 2013).

Considerando que uma das funções do discurso materno é a de apaziguamento da angústia nos momentos de tensão, Vorcaro (2010) questiona se a passagem solitária do RN pela UTIN não tornariam a vivência mais desorganizadora e se seria carregada como modelo da angústia ao longo do desenvolvimento e vida deste RN.

[...] as experiências somatopsíquicas de prazer facilitarão a futura representação de um corpo unificado. Nas origens da representação, [...] o sofrimento e o prazer do corpo são auto engendrados, ou seja, psique e corpo são indissociáveis e um excesso de sofrimento corporal pode levar a um desinvestimento da zona corporal. Dessa forma, um acidente somático será transformado num acontecimento psíquico (ZIMMERMANN, 2017, p. 62).

#### 2.4.2 A mãe

Diversos estudos citam o quanto a separação ocasionada pela internação em UTIN, os temores quanto à potencial perda do RN, além das perdas relacionadas ao campo fantasioso que envolvia a chegada do filho, podem ser traumáticos para a mãe a ponto de causar dificuldade ou até uma quebra na capacidade de execução da função materna. E, por consequência, a disposição desta mãe em oferecer um suporte emocional que favoreça o desenvolvimento psicológico do RN (MATHELIN, 1999; DIAS, 2010; VORCARO, 2010; VANIER, 2013).

Ao mesmo tempo, a supremacia do saber técnico sobre o saber materno (ainda em processo de estabelecimento), coloca em risco a instauração da função materna subjetivante. A mãe ao ter seu filho levado para a internação em UTIN, o vê ser entregue a cuidados de um saber que não o seu. Dessa forma, a função simbólica do saber materno pode ficar paralisada diante do discurso científico adotado sobre o RN. Corre-se o risco de que a mãe fique fixada na posição impotente a que foi relegada no momento da internação do RN na UTIN e não consiga transcender ao discurso materno. O grave estado da mãe impotente, incapaz de autorizar-se à função materna, deixa o RN à mercê do discurso técnico-científico que mantém a vida ao preço da angústia gerada pelas intervenções vazias de significado. A mãe que não se autoriza a este laço deixa seu filho desamparado de recursos simbólicos para lidar com essa angústia (DIAS, 2010; VORCARO, 2010).

Mathelin (1999), relata sua experiência num serviço de neonatologia, onde as mães que davam à luz a crianças prematuras ou doentes experimentavam sentimentos de serem mães más, incapazes de carregar o RN, oferecendo-lhes uma vida frágil, aparecendo ao mesmo tempo um questionamento sobre ter desejado a morte desse RN. Estes sentimentos estão presentes nas gestantes de modo geral, mas a realidade de um RN saudável e bonito vem desmentir esses elementos, já o

RN prematuro e/ou doente vai ao encontro destes sentimentos e suas fantasias correspondentes levando a instalação de um trauma. O trauma está no campo do inominável, trata-se de uma sensação geradora de dor e angústia. Supostamente, o fato de o filho que sobrevive graças a um saber outro que não o da mãe, fere-lhe narcisicamente, pois demonstra-lhe seu fracasso. Dessa forma, investir nessa criança não se trata de uma tarefa fácil para a mãe. Esta proposição traz implícita a questão da dificuldade do desenvolvimento da função materna pela mãe em sofrimento, pondo, assim, em risco todo o processo de constituição subjetiva do RN.

Pesquisadores franceses salientam que há uma diferença qualitativa da relação entre mães e bebês a depender do estado emocional das mesmas, sendo que mães depressivas tenderiam a apresentar relações qualitativamente inferiores a mães que estejam bem. No entanto, os mesmos pesquisadores, analisaram vídeos familiares de lactentes nos primeiros três trimestres e compararam quinze lactentes autistas (diagnóstico fechado posteriormente às gravações) e quinze lactentes controles. Nos vídeos notaram diferenças importantes entre os lactentes a partir do segundo trimestre, mas não encontraram diferenças significativas entre os comportamentos dos pais nos dois grupos, ou seja, o estudo concluiu que não havia diferenciação entre os grupos de pais no que tange à parentalidade (COHEN *et al.*, 2017).

Outra equipe francesa acompanhou diversas crianças com transtornos mentais e avaliou 40 vídeos familiares do período em que eram RN/lactentes e verificou que mães que tiveram seus filhos internados em UTIN, mesmo fragilizadas pela experiência, não se diferenciaram das demais mães participantes do estudo. Ou seja, tais mães demonstraram a mesma capacidade de oferecer ao filho a experiência do terceiro momento do processo de constituição subjetiva do que as demais. Este terceiro tempo diz respeito a uma postura capaz de propiciar a passagem da posição passiva do RN quanto à relação de prazer com a mãe, para a posição ativa de o RN/lactente assumir-se como potencial causador de desejo nesta relação (LAZNIK, 2013).

Uma revisão publicada recentemente fez um levantamento sobre os estudos que avaliaram as experiências de pais com RN que apresentavam condições de saúde importantes em situação de hospitalização, considerados RN frágeis do ponto de vista da saúde. O estudo analisou 34 publicações que avaliaram situações emocionais dos pais, a capacidade de exercer a parentalidade e a qualidade das



relações entre RN e os pais a partir de instrumentos diversos. Concluiu que os pais de RN fragilizados e hospitalizados apresentam níveis aumentados de sintomas depressivos, estresse, angústia, dificuldade das mães em exercer a função materna e interações interrompidas com o RN. Portanto, esta população apresenta sofrimento psíquico relevante e algumas ações de intervenção durante a internação se mostraram bem-sucedidas no processo de redução destes sintomas. Os autores recomendam a triagem do estado emocional dos pais e programas de intervenção para garantir a saúde mental dos mesmos salientando a importância de mais pesquisas na área (MACKAY *et al.*, 2019).

#### 2.4.3 Intervenção proposta pela psicanálise à díade exposta à internação do Recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Para Zimmermann (2017), a intervenção na clínica com bebês parte do princípio que a saúde mental é um elemento em construção desde o início da vida do RN e que se constitui a partir da relação corporal e psíquica deste com a figura materna (ou outro que execute esta função) e o ambiente que o circunda. Salienta a importância da intervenção precoce em “bebês” (não cita idade) com risco para desenvolvimento psíquico, na qual a mesma se dá a partir de atividades que façam transitar o bebê da pura percepção sensorial causadora de desprazer para o campo da significação. Essa intervenção deve ser oferecida a partir da relação entre a mãe e o filho para que esta se aproprie da função materna. Além do trabalho junto a díade, pode ser oferecido tratamento para a mãe, podendo ser de forma individual ou em grupo (CHAVES, 2013; ZIMMERMANN, 2017).

Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento da maternagem, ou seja, da capacidade de transformar o discurso materno em ato diante do RN/lactente, estudos qualitativos observaram a importância de que a equipe técnica ofereça suporte às emoções da mãe diante de toda a gama de mudanças advindas do nascimento de um RN, sendo necessário cuidado maior quando o mesmo traz consigo alguma particularidade como deficiências e prematuridade, por exemplo. O suporte aos medos e fantasias da mãe quanto ao momento do parto e eventos subsequentes mostrou-se de fundamental importância para que ela tivesse redução dos níveis de ansiedade e pudesse encarar o momento do parto e a chegada do RN de forma mais tranquila, o que possibilitou a instalação do discurso materno

(BARBOSA *et al.*, 2010; PERGHER *et al.*, 2014).

No entanto, algumas equipes apresentam dificuldades em lidar com os sentimentos das mães em relação ao processo de adoecimento, deficiência ou qualquer outro agravo na saúde do RN que culmine no processo de internação na UTIN. Estas equipes rechaçam, culpabilizam e cobram as mães de que passem pelo período de internação do RN na UTIN sem apresentar angústias, mantendo o ideal romântico da maternidade difundido socialmente, sem considerar o processo de negação e sua função protetiva diante de uma situação altamente angustiante, como a notícia de uma deficiência no RN, processo cirúrgico, risco de morte, dentre outros, comumente presentes na população internada em UTIN (MAGALHÃES; FERIOTTI, 2015).

De modo geral, é importante que a mãe em sofrimento fale, que construa suas hipóteses sobre o ocorrido, pois a separação entre RN e mãe gerado pela internação na UTIN desnuda o corpo infantil dos devaneios maternos sobre a existência de um Sujeito ali. É preciso todo um trabalho de simbolização para recobrir o Real desnudado para que com isso a angústia seja elaborada e a mãe possa desejar o RN, novamente recoberto pelo imaginário do filho idealizado, o que permitirá a formação de laço entre eles. Somente assim conseguirá elaborar esse evento traumático e ligar-se a seu RN efetivamente (MATHELIN, 1999).

Dessa forma, um estudo demonstrou que com psicoterapia de orientação psicanalítica foi possível o reposicionamento dos pais em relação à função materna e função paterna junto a RNPT. Assim como é preciso a suposição de um sujeito no RN/lactente e conseqüentemente sua antecipação antes mesmo de sua constituição efetiva, o psicólogo, nas sessões, supôs a partir de uma aposta a capacidade dos pais de exercerem as funções materna e paterna, mesmo antes de estarem preparados para tal. Isso proporcionou uma organização de elementos conscientes e inconscientes, principalmente os inconscientes, para que o desejo se instaurasse sobre o exercício de tais funções em relação ao RNPT. Esse processo necessitou de acolhimento das angústias, pois havia um sofrimento frente à diferença entre sua demanda em relação ao RNPT e o que ele era capaz de lhes oferecer. Além do entendimento de que eles próprios não tinham a oferecer o saber do qual o RNPT necessitava, em suas fantasias: o saber técnico científico oferecido na maternidade (ENGEL *et al.*, 2014).

A intervenção também ocorre junto ao RN, pois considerando que a

subjetivação do sujeito acontece através do encontro entre o discurso e o corpo, uma forma de evitar o adiamento da instauração do sujeito é a fala dos cuidadores: pai, mãe e equipe técnica ao RN durante sua estadia na UTIN. É como se cada um executasse parte das operações fundamentais da função materna de modo a não deixar desamparado o RN. A princípio, o possível a ser feito, em especial nos RN nos quais o toque e a interação estão mais comprometidos é falar com ele durante os procedimentos e também em intervalos onde não esteja passando por nenhuma intervenção. No entanto, não se trata de um mero som humano, que poderia ser desempenhado por um rádio ou uma TV ligados, por exemplo, trata-se da fala dirigida ao RN e sobre o RN e o mundo que o circunda (elementos da UTIN, pais e equipe técnica). Fala que dá significado aos acontecimentos que estão constituindo sua história, uma fala que interpreta ao RN o ato que atravessa seu corpo (VORCARO, 2010). Outra característica que torna esta fala especial diz respeito a antecipar as demandas e sensações do RN tentando assim, a partir da fala, fornecer-lhe elementos de uma história subjetivante. Seria uma forma de tentar suprir o movimento natural de estabelecimento da demanda e suposição de sujeito. Nesse sentido, a presença dos pais junto a equipe médica, com visitas regulares ao RN mostra-se fundamental para sua constituição (VANIÉR, 2013). Fica evidente que nesse processo a linguagem tem papel fundamental, onde o Real ganha significado e passa a integrar o sujeito de forma constituinte, elemento fundamental para sair da passividade e tornar-se ativo nas suas relações com os outros objetos e consigo mesmo (JORGE, 2005).

No entanto, a intervenção não deve se limitar ao período de internação na UTIN, ou ao contexto hospitalar como um todo. Gratier (2017), busca sustentar, a partir do que chama de “pesquisas empíricas”, a hipótese de que haja uma intenção na comunicação pré-verbal do RN/lactente desde ainda muito cedo, sendo esta fundamental a constituição subjetiva. A comunicação entre a mãe e o lactente é ativa por ambas as partes desde o início. Sendo que essa comunicação mostra-se bem estabelecida em torno dos dois meses de idade, e apresenta uma função bem definida: convocar o adulto a uma resposta adaptada, um norte ao seu cuidador sobre suas necessidades. Esse movimento se bem-sucedido irá produzir desenvolvimento. Portanto, o RN que passou por internação em UTIN e foi forçado a manter uma postura passiva por conta dos procedimentos, precisa ser estimulado a comunicar-se, assim como também a mãe precisa ser treinada a ler os sinais

expressos por ele.

Pesquisadoras relatam sua experiência em maternidade no Rio de Janeiro, onde para além do trabalho hospitalar junto a díades mães-RN, oferecem uma intervenção após a alta, a partir do referencial psicanalítico, com o intuito de oferecer o amparo de que a mãe necessita para exercer sua função materna a contento, por meio do tratamento da angústia, crises de choro e ansiedade. O trabalho oferecido não tem função pedagógica, ou seja, não visa ensinar a maternar, mas oferecer tratamento para que a mãe possa desenvolver por si só a experiência da maternagem. Salientam que é essencial que haja também a sessão com a presença do RN/lactente, pois não se trata de intervir somente sobre o que os pais falam sobre o lactente, mas sobremaneira, capturar e interpretar as mensagens verbais e não verbais expressas no laço entre o RN/lactente e sua mãe ou seus pais. O tratamento é voltado para o ato relacional entre pais e filhos para além do discurso isolado sobre este relacionamento (ZEN; TRIANE, 2017).

Embora haja uma discussão a respeito da importância da separação física entre mãe/RN e suas consequências, Zen (2016), traz que mais grave do que a separação física é a separação subjetiva. Dessa forma entende-se que a função materna pode acontecer numa situação onde não seja possível a manutenção da presença física maciça por parte da mãe, como no caso das internações em UTIN, e pode também não acontecer mesmo que a mãe esteja fisicamente presente, mas, emocionalmente desinteressada no RN. Enquanto intervenção psicanalítica junto ao RN, a autora traz a importância de historicizar os acontecimentos para o mesmo, de modo a construir uma versão sobre os eventos iniciais de sua vida no que diz respeito à separação, de modo a lhe garantir a passagem do lugar de abandono para o de um ser cuidado e protegido onde possa constituir sua singularidade.

Laznik (2013), conclui que uma mãe em sofrimento, desde que seja de seu desejo e apoiada por um suporte psicanalítico, é capaz de efetuar a função materna a contento, promovendo a constituição subjetiva saudável do RN/lactente.

#### 2.4.4 A importância da humanização no cuidado perinatal

Até o momento fica evidente a importância da humanização no cuidado perinatal. Na busca de auxiliar este processo, a legislação brasileira instituiu a Portaria 693 de 05 de julho de 2000, que trata da orientação para a implantação do

Método Canguru nas maternidades brasileiras. A portaria foi aprovada a partir do entendimento de que o vínculo entre mãe e RN é importante para o desenvolvimento do RN de muito baixo peso.

O “Método Canguru” é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (BRASIL, 2000).

Iniciativas de pesquisadores em outros países reconhecem a importância dessa proximidade entre mãe/RN, pesquisadores americanos, além disso, sugerem que as equipes de saúde das UTIN devam adotar métodos de rastreamento para todas as mães que passam por esta experiência a fim de detectar os sintomas depressivos, ansiedade e estresse de forma precoce para que seja oferecido atendimento especializado a esta população o mais breve possível (GARFIELD *et al.*, 2015).

Na busca de compreender o peso de tal aproximação entre pais e RN, um estudo multicêntrico envolvendo Canadá, Austrália e Nova Zelândia, em 26 UTIN, com RNPT, incluiu 896 RN no grupo de estudo e 891 no grupo controle, com IG menor ou igual a 33 semanas, sem suporte respiratório ou suporte mínimo. Os pais do grupo de estudo permaneceram seis horas no mínimo presentes na UTIN, foram ativos nos cuidados aos RN (sob orientação e supervisão da equipe de enfermagem), participaram de grupos educativos sobre o tema e atividades de relato de experiência de pais veteranos. Como resultado principal verificaram que no vigésimo primeiro dia de internação o ganho de peso dos RN do grupo de estudo foi maior do que nos RN do grupo controle. O grupo de estudo também apresentou ganho de peso diário mais elevado; taxa de aleitamento materno superior com frequência maior de mamadas; no vigésimo primeiro dia os pais apresentaram escores médios de estresse inferiores ( $p < 0,0043$ ) e menos ansiedade ( $p = 0,0045$ ). Com isso, os pesquisadores concluíram que a inserção dos pais nos cuidados diários ao RNPT é benéfica para a saúde global dos RN e saúde mental dos pais (O'BRIEN, 2015; BENZIES, 2016; SHAH, 2018; O'BRIEN *et al.*, 2018). Interessante salientar que os resultados foram obtidos a partir de tecnologias de baixo impacto financeiro para as instituições (BENZIES, 2017).

Dados posteriores referentes a esta pesquisa foram divulgados

recentemente. No total foram avaliadas 1833 mães e verificou-se níveis de estresse mais baixos nas mães do grupo de estudo, sendo que estas mães lidaram melhor com o ambiente da UTIN (aparência, sons e imagens), com o comportamento dos RN, com seus próprios comportamentos e um melhor desempenho das funções parentais. No grupo de estudo, quando havia estresse, sua evolução foi mais positiva do que no grupo controle (CHENG, 2019).

A experiência com pais veteranos mostrou-se frutífera no Canadá, concluíram que esta modalidade de assistência mostrou-se positiva para pais que estão atravessando o período de internação do RN na UTIN. Esta modalidade de apoio consiste em aproximar pais que já passaram pela experiência com pais que estão vivenciando a situação, para que os primeiros possam oferecer apoio e informação aos segundos. Acredita-se que a empatia existente pela vivência de situações semelhantes seja um dos pontos positivos da experiência. No entanto, salienta que é essencial que os pais veteranos sejam também acompanhados e orientados pela equipe de saúde responsável pelo caso, pois não são profissionais de saúde e tampouco responsáveis pelo RN internado. Indicam mais estudos para verificar a eficácia dessa atividade e salientam a possibilidade de expansão das atividades dos pais veteranos como na oferta de cursos, pesquisas, dentre outros (BOURQUE *et al.*, 2018).

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico, coorte, ambispectivo.

#### 3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi conduzido no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR, no período de agosto de 2017 a março de 2020. Os dados foram coletados de dezembro de 2017 a dezembro de 2018 no Seguimento de RN com Risco para o Desenvolvimento da Secretaria Municipal de Mafra, Santa Catarina, composto por psicóloga, fonoaudióloga e nutricionista do NASF (Núcleo de Ampliado de Saúde da Família).

#### 3.3 POPULAÇÃO FONTE

A distribuição da população fonte, segundo a última atualização disponível no DATASUS, do ano de 2015 à época do desenho do estudo, encontra-se descrita no Quadro 2, a partir de um panorama nacional e do local de coleta de dados do estudo (BRASIL, 2017). Foram considerados para composição da população alguns indicadores de saúde extraídos da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), que contribuem para o risco ao desenvolvimento: asfixia grave (escore de Apgar <7 no quinto minuto de vida), prematuros (IG <37 semanas), baixo peso ao nascer (<2500 gramas) e internação em UTIN.

QUADRO 2: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO FONTE DE ACORDO OS DADOS DISPONÍVEIS NO DATASUS PARA O ANO DE 2015

	Nascidos vivos	Apgar $\leq 7$ no 5º minuto	IG < 37 semanas	Peso de nascimento <2500g
Brasil	3.017.668	67.906 – 2,25%	326.879 – 10,83%	254.688 – 8,44%
Mafra	777	15 – 1,93%	88 – 11,33%	62 – 7,98%

Legenda: IG – Idade gestacional  
Fonte: A autora adaptado de BRASIL, 2017



Os últimos dados oficiais do DATASUS no que concerne à população de risco para o morbidade e desenvolvimento, segundo os critérios utilizados, no município de Mafra são referentes a 2017. O DATASUS também traz o que aponta como “dados preliminares” referentes a 2018, descritos no Quadro 3.

QUADRO 3 – NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE MAFRA (SC) CONSIDERANDO ASPECTOS DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO: IDADE GESTACIONAL, ESCORE DE APGAR NO QUINTO MINUTO INFERIOR A 7 E PESO AO NASCER

	Nascidos vivos	Apgar $\leq 7$ no 5º minuto	IG < 37 semanas	Peso de nascimento <2500g
2017	843	12 – 1,42%	118 – 14%	66 – 7,83%
2018	820	10 – 1,22%	117 – 14,27%	61 – 7,44%

Legenda: IG – Idade gestacional

FONTE: A autora (2020) adaptado de BRASIL, 2020

Além destes RN outros podem estar sujeitos à internação em UTIN por diversas condições clínicas. A Secretaria Municipal de Saúde de Mafra não conta com dados tabulados sobre quantos recém-nascidos são expostos à internação em UTIN e suas condições de saúde mental (MAFRA, 2017).

O estudo não abarcou todos os nascidos no município de Mafra (SC), mas apenas os nascidos na Rede SUS. Sendo assim, a população vinha prioritariamente da Maternidade Estadual Dona Catarina Kuss. A referida maternidade, localizada no município de Mafra (SC), é a principal referência para partos de residentes no município pela Rede SUS.

Trata-se de uma instituição que, no que chama de “política de qualidade”, afirma garantir aos seus usuários, assistência de qualidade, segura e humanizada com práticas favorecedoras do desenvolvimento integral levando em consideração os aspectos biopsicossociais envolvidos para a população de RN internados na UTIN. A instituição reconhece e promove a presença do acompanhante para a mãe, salientando a importância do mesmo para oferecer suporte físico e emocional durante a hospitalização da mãe. A maternidade conta ainda com os títulos “Padrão Ouro” da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano – Fiocruz, e “Hospital Amigo da Criança” – UNICEF/OMS e Ministério da Saúde, onde fomenta a amamentação sempre que possível o que favorece o vínculo mãe/RN, oportunizando os benefícios desse laço o mais precocemente possível (SANTA CATARINA, 2018; MEDEIROS, 2019).

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A participação na pesquisa cumpriu os seguintes critérios de inclusão:

- a) A díade ser residente no município de Mafra (SC);
- b) Concordância dos responsáveis a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I);
- c) Ser considerado um RN de risco para o desenvolvimento, segundo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), ou seja, que apresente uma ou mais das seguintes condições: baixo peso ao nascer (<2500g); prematuridade (<37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (score de Apgar <7 no quinto minuto de vida); intercorrências de saúde na maternidade. Não foram considerados isoladamente os demais itens descritos pela agenda como residir em área de risco; RN de mães adolescentes; mães com baixa instrução e história de morte de crianças com menos de cinco anos na família. Destes, um grupo foi exposto à internação UTIN e outro não foi exposto;
- d) Ter nascido em maternidade da rede SUS;
- e) Comparecer à primeira consulta do Seguimento de RN com Risco para o Desenvolvimento da Secretaria Municipal de Mafra, Santa Catarina.

### 3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

A exclusão da pesquisa cumpriu os seguintes elementos:

- a) RN que apresentaram condições clínicas graves que alteram o desenvolvimento neuropsicomotor tais como diagnósticos de síndromes genéticas; déficits sensoriais; e comprometimentos neurológicos como paralisia cerebral, microcefalia, hidrocefalia ou outra condição diagnosticada que prejudique o desenvolvimento neuropsicomotor;
- b) Retirada do TCLE.

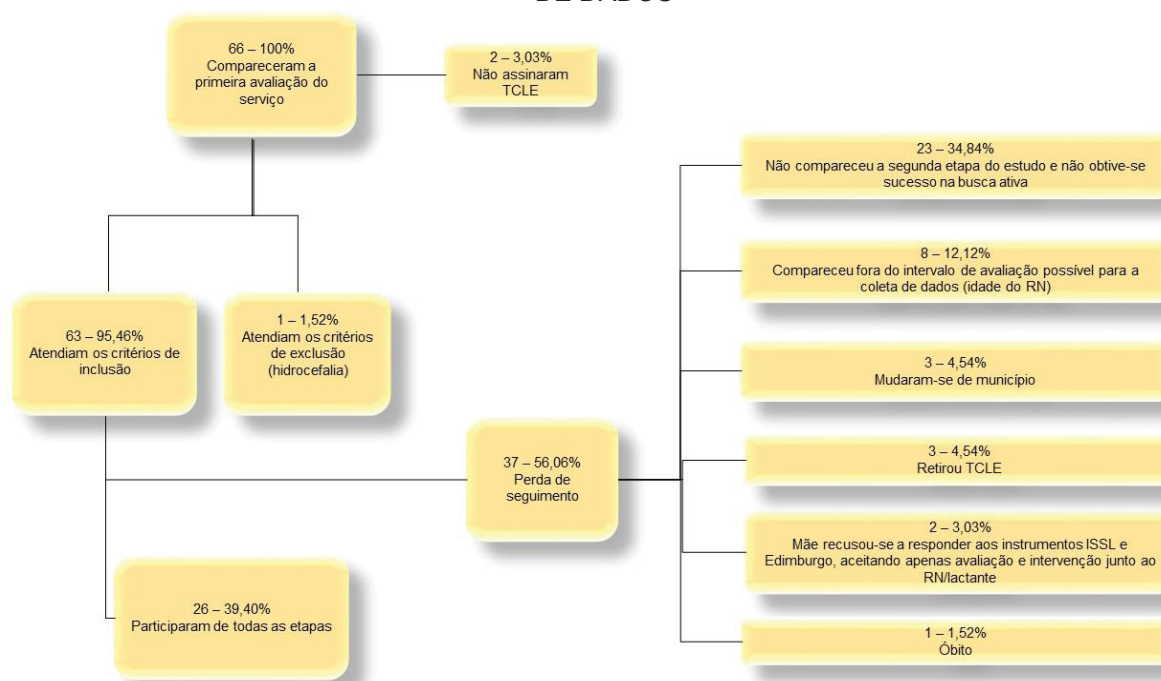
### 3.6 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Considerando o exposto, a população de estudo constituiu-se dos RN que atendiam aos critérios inclusão e exclusão. Todos os participantes foram encaminhados pela Maternidade Dona Catarina Kuss (MDCK) para a equipe do Seguimento de RN com Risco para o Desenvolvimento da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra (SC), composto por psicóloga, fonoaudióloga e nutricionista do NASF (Núcleo de Ampliado de Saúde da Família). O fluxo do município, numa parceria entre a MDCK e a secretaria municipal de saúde, prevê que todos os RN nascidos em maternidades da rede SUS e que apresentem baixo peso ao nascer (<2500g); prematuridade (<37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (escore de Apgar <7 no quinto minuto de vida) e histórico de internação em UTIN recebam alta já com agendamento de consulta com a referida equipe do NASF. Mesmo os RN que nascem em serviços de referência da rede SUS fora do município, mas que residem no município de Mafra, têm seu cuidado articulado pela MDCK, sendo assim, mesmo estes foram identificados pela maternidade e encaminhados para a equipe NASF.

Esta equipe avalia os RN e suas mães em consultas transdisciplinares com foco no aleitamento materno, nutrição materno infantil, desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento psíquico e saúde mental materna. As consultas do seguimento acontecem em até quinze dias após a alta hospitalar, trinta dias após a primeira consulta, aos quatro, seis, oito, dez, doze, quatorze, dezesseis, dezoito e vinte e quatro meses de idade corrigida. Além desse calendário pré-estabelecido, consultas adicionais são agendadas conforme haja necessidade de intervenções específicas individualizadas de cada uma destas três áreas (fonoaudiologia, nutrição e psicologia). Além do seguimento, todos realizam puericultura na rede com pediatra ou médico da família.

Considerando o exposto, a população inicial de estudo foi composta por 63 RN que atenderam aos critérios de inclusão e após perda de seguimento constituiu-se em 26 participantes, sendo 13 expostos à internação em UTIN e 13 não expostos. A Figura 1 demonstra a distribuição da população desde a população fonte até os participantes que concluíram todas as etapas do estudo, passando pela perda de seguimento.

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DISPONÍVEL AO LONGO DO PERÍODO DE COLETA DE DADOS



FONTE: a autora (2020)

### 3.7 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, para a composição da população de estudo, a amostra foi feita por conveniência.

### 3.8 HIPÓTESE DE ESTUDO

Considerando a natureza dos estudos de coorte e sua hipótese relacional, a variável exposição à internação em UTIN foi posicionada como Variável Independente e as variáveis Estresse Materno e Indicadores de Risco Psíquico foram posicionadas como Variáveis Dependentes, gerando as seguintes hipóteses:

H<sub>0</sub>: A internação de RN em UTIN não gera estresse materno e indicadores de risco psíquico em recém-nascidos.

H<sub>1</sub>: A internação de RN em UTIN gera estresse materno e indicadores de risco psíquico em recém-nascidos.

### 3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

#### 3.9.1 Variável Independente

Neste estudo a variável considerada independente foi a exposição à internação em UTIN.

#### 3.9.2 Variáveis Dependentes

As variáveis dependentes incluíram estresse materno e presença de indicadores de risco psíquico no recém-nascido.

Para avaliação do Aspecto Psicológico denominado “Estresse Materno” foi utilizado o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), que diagnostica o estresse e a fase em que o participante se encontra, alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão, aplicável a participantes de 15 a 75 anos (LIPP, 2000).

Para avaliação dos Indicadores de Risco Psíquico foi utilizado o protocolo “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” (IRDI – ANEXO I). O IRDI foi desenvolvido pelo Grupo Nacional de Pesquisa (GNP), chancelado pelo Ministério da Saúde e FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo). O protocolo, de orientação psicanalítica, criado a partir da teoria Freudiana e as vertentes de Winnicott e Lacan, tem como objetivo a detecção precoce de riscos psíquicos em RN/lactentes de 0 a 18 meses. É composto por 31 indicadores clínicos de risco psíquico ou problemas do desenvolvimento infantil. A ausência de dois ou mais dos indicadores de desenvolvimento psíquico, que são verificados por faixas etárias, caracterizam risco para o desenvolvimento psíquico do RN/lactente. As presenças destes indicadores caracterizam desenvolvimento adequado a uma constituição psíquica saudável (JERUSALINSKY *et al.*, 2000).

#### 3.9.3 Variáveis Interferentes

As variáveis interferentes a serem consideradas incluem presença de indicadores de atraso neuropsicomotor a serem avaliados mediante aplicação do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (ANEXO II), o teste avalia o

desempenho de crianças por meio de 125 itens ou tarefas, agrupadas em quatro áreas do comportamento: pessoal-social; motor fino-adaptativo; linguagem; motor grosso (amplo). As outras variáveis interferentes, descritas detalhadamente no QUADRO 4, são: variáveis sociodemográficas, de nascimento, relacionadas à internação em UTIN e estado emocional materno, estes dados serão levantados na ficha de registro de dados (APÊNDICE II).

QUADRO 4 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS INTERFERENTES ESTUDADAS

TEMA	VARIÁVEIS
Variáveis sociodemográficas	Escolaridade materna e paterna; situação de empregabilidade materna; planejamento familiar; vínculo com o genitor; idade da mãe; idade do pai; número de gestações.
Variáveis de nascimento	Tipo de parto; idade gestacional.
Variáveis relacionadas à internação em UTIN	Diagnóstico que justificou a internação na UTIN; procedimentos invasivos orofaciais (sondas orogástrica e nasogástrica; intubação traqueal; CPAP ( do inglês <i>Continuous Positive Airway Pressure</i> ); BIPAP ( do inglês <i>Bilevel Positive Pressure Airway</i> ); tempo de internação em UTIN; tempo dos procedimentos citados.
Variáveis relacionadas ao estado emocional materno	Histórico de aborto; conflito com o genitor; tipo de conflito com o genitor; histórico de doença mental (considerado apenas o que foi informado pela paciente como diagnóstico recebido por psiquiatra ou neurologista); tipo de doença mental.

Fonte: a autora (2020).

### 3.10 PROCEDIMENTO DE TRABALHO

A coleta dos dados da Ficha de Registro de Dados elaborado pela autora (Apêndice II), aconteceu de forma retrospectiva mediante análise do prontuário do RN na Unidade de Saúde de referência. Os dados que estão nesta ficha são encaminhados pela maternidade às unidades de saúde referente a todos os RN considerados de risco para o desenvolvimento e também as mães recebem uma cópia deste documento que deve estar anexado à carteirinha de vacinação da criança. Este elemento foi pactuado juntamente com o fluxo de encaminhamento entre Maternidade e Secretaria Municipal de Saúde como uma forma de garantir aos profissionais que acompanham o desenvolvimento dos RN acesso aos dados de nascimento e intervenções sofridas na maternidade aos.

A coleta de dados referente aos Indicadores de Risco Psíquico e desenvolvimento neuropsicomotor constituídas da aplicação dos instrumentos IRDI e

Teste de Triagem de Denver II foi realizada pela autora e ocorreram em até 15 dias após a alta hospitalar do recém-nascido, com nova aplicação em torno de 4 meses considerando a idade corrigida para prematuros.

O instrumento IRDI diz respeito à verificação de alguns elementos da interação entre mãe e RN/lactente, onde a presença destes elementos indicam desenvolvimento psíquico e duas ausências ou mais indicam risco psíquico. Essa verificação ocorre a partir da observação da relação espontânea entre a díade, sendo que quando necessário o avaliador pode instigar situações que proporcionem a interação e conversar a respeito. Os elementos, tecnicamente chamados de IRDI avaliados de 0 a 4 meses são: IRDI 1 “Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer”; IRDI 2 “A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela, o ‘manhês’”; IRDI 3 “A criança reage ao ‘manhês’”; IRDI 4 “A mãe propõe algo a criança e aguarda sua reação?”; IRDI 5 “Há troca de olhares entre a mãe e a criança?”. Sendo que cada IRDI pode ser considerado Presente, Ausente ou Não verificado. Conforme o instrumento anexo (ANEXO 1).

O Teste de Triagem de Denver II é um instrumento de rastreio para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor baseado em marcos do desenvolvimento a serem alcançados de 0 a 6 anos de idade. Para verificar se o paciente alcançou o marco o mesmo é posto em provas estruturadas onde verifica-se sua capacidade de resposta. O instrumento avalia as áreas “pessoal-social”, “linguagem”, “motora-fina” e “motora-grossa”. Quanto à resolução das provas o paciente pode “passar” ou “falhar”. A depender da idade em que ocorre a “falha”, o paciente pode ser considerado um caso “suspeito” ou “anormal”. O paciente considerado “suspeito” precisa ser estimulado pelos responsáveis a partir de orientação oferecida pelo profissional de saúde avaliador e monitorado. O paciente considerado “anormal” deve ser estimulado em sessões por profissional específico da área afetada, pelos responsáveis a partir de orientações desse profissional e ter o seu desenvolvimento monitorado em conjunto com neuropediatra. O instrumento compõe propriedade intelectual e é comercializado para profissionais de saúde, portanto não pode estar anexo a este estudo.

A coleta dos dados referentes ao estresse materno, foi realizada nas duas avaliações, por meio do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Trata-se de um instrumento de uso restrito a psicólogos, por isso a impossibilidade de sua disponibilização no corpo deste trabalho. O instrumento é



composto por uma gama de sintomas relacionados ao estresse. A checagem da presença ou não dos sintomas é realizada a partir de questionamento ao paciente. O ISSL, oferece a partir de um esquema de pontuação, a verificação da presença de estresse ou não, a fase do estresse e a predominância de sintomas (LIPP, 2000).

As fases do estresse são divididas em “fase de alerta”, que é a fase inicial onde o circuito do estresse é ativado e pode vir a ser produtiva. Essa fase é marcada por um aumento da prontidão para respostas e pode haver uma sensação de plenitude. A fase seguinte é a “fase da resistência”, onde a situação estressante é instalada e a pessoa busca manter o equilíbrio lidando com o agente estressor. Quando o agente estressor não cessa a capacidade de a pessoa manter o equilíbrio é afetada e há uma intensificação do sofrimento, esta fase é chamada de “fase de quase-exaustão”. A persistência do agente estressor leva a pessoa a um processo de esvaecimento da capacidade de lidar com a situação estressora e um estágio de sofrimento intenso onde doenças físicas e mentais se instalam, esta fase é denominada “fase de exaustão”. A predominância de sintomas é dividida em física, psicológica e mista e traz a informação sobre a qualidade do agente estressor (LIPP, 2000).

O dado sobre a DPP faz parte da ficha de coleta de dados que capta os dados junto ao prontuário das pacientes. O serviço tem como praxe a avaliação de DPP a partir da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo. As mães respondem a este instrumento assim que são admitidas no Serviço de seguimento ao RN de risco para o desenvolvimento, aos quatro, oito, doze e 24 meses de idade corrigida do lactente. Para este estudo coletou-se o dado referente à primeira consulta e à consulta de quatro meses. A Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo é composta por afirmações autodescritivas sobre o estado mental da paciente e sua resposta é organizada em sistema de pontos em escala Likert. O ponto de corte utilizado para a concordância para sintomas de DPP é de 12 pontos. O instrumento encontra-se no ANEXO 2.

As avaliações aconteceram na unidade de saúde de referência dos participantes com horário previamente agendado. Diante de quaisquer alterações nas avaliações dos RN ou das mães, bem como a presença de demanda para acompanhamento psicológico por parte das mães, mesmo diante de ausência de alterações nos protocolos, a pesquisadora, que também é a psicóloga responsável

pelo serviço de referência realizou intervenções pelo período que se mostrou necessário.

As intervenções junto aos RN/lactentes foram de orientações para os pais com sessões de demonstração para que o elemento fosse alcançado. Nestes momentos era oferecido escuta às questões emocionais dos pais no que dizia respeito aos problemas de saúde apresentados pelos RN/lactentes. Quando necessário foi realizado encaminhamento para trabalho em conjunto com neuropediatra, fisioterapeuta e fonoaudiólogo.

As intervenções referentes às mães foram de aconselhamento psicológico relacionado à temática da maternidade, sintomas de estresse e DPP. Quando necessário as sessões eram estendidas aos cônjuges por entender que os mesmos podiam ser um ponto de apoio emocional para as mães ou uma fonte de aumento de estresse.

As sessões aconteciam com frequência semanal, quinzenal ou mensal a depender do quadro e da qualidade de resposta apresentada pelos participantes.

### 3.11 REGISTRO E GERENCIAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados pela pesquisadora no estudo foram digitados pela mesma em planilha eletrônica (Microsoft Excel, 2013), após conferência foram exportados ao software SPSS 25.0 para análises estatísticas.

### 3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS 25.0. O intervalo de confiança adotado foi de 95% (nível de significância  $p < 0,05$ ) para todas as análises inferenciais.

Para a descrição das variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central média e mediana, a medida de variabilidade desvio-padrão e as medidas de posição primeiro quartil, terceiro quartil, mínimo e máximo. Para a descrição das variáveis qualitativas nominais foram calculadas a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%).

A normalidade das variáveis quantitativas foi analisada com o Teste Shapiro Wilk e todas obtiveram distribuição não-normal. Dessa forma, a comparação das

variáveis quantitativas em função de variáveis qualitativas nominais foi realizada com o Teste de Mann-Whitney. A associação entre as variáveis qualitativas nominais de duas categorias foi realizada com o Teste Exato de Fisher, e a associação entre as variáveis qualitativas de mais de duas categorias foi realizada com o Teste Qui-Quadrado de Pearson.

### 3.13 ÉTICA EM PESQUISA

O estudo foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, CAAE 78303217.9.0000.0102 (Anexo III).

### 3.14 MONITORAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada respeitando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e instituição de acordo com o compromisso firmado junto ao Comitê De Ética Em Pesquisa em Seres Humanos na ocasião da submissão do projeto.

### 3.15 FOMENTO PARA PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

A pesquisa foi realizada com financiamento do próprio pesquisador.

Os serviços envolvidos incluíram as Unidades de Saúde de referência dos participantes da pesquisa, da Secretaria Municipal de Saúde, em Mafra, SC.

## 4 RESULTADOS

O estudo teve uma população disponível de 66 potenciais participantes, que agendaram e compareceram a primeira consulta do Seguimento de RN com Risco para o Desenvolvimento e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão o estudo passou a contar com 63 participantes. Destes, 26 concluíram as etapas do estudo e 56,06% (37) foram descartados como perda de seguimento (Figura 1).

### 4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Participaram de todas as etapas do estudo 26 RN. A Tabela 1 apresenta a caracterização das variáveis idade cronológica e corrigida dos RN participantes do estudo na primeira avaliação. A amostra total (n=26) contava com mediana de idade cronológica de 39 semanas e idade corrigida de 38 semanas, a idade corrigida mínima de 31 semanas e máxima de 50 semanas. Os RN expostos à internação em UTIN possuíam mediana de idade cronológica de 40 semanas e corrigida de 39, enquanto que os RN não expostos possuíam mediana de idade cronológica de 38 semanas, e idade corrigida de 37 semanas (Tabela 2).

TABELA 1 – IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO DA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade cronológica em semanas - primeira avaliação	26	39	37	50
Idade corrigida em semanas – primeira avaliação	26	38	31	41

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta

TABELA 2 – IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	UTI	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade cronológica em semanas - primeira avaliação	Não	13	38	37	40
	Sim	13	40	39	50
	Total	26	39	37	50
Idade corrigida em semanas - primeira avaliação	Não	13	37	36	39
	Sim	13	39	31	41
	Total	26	38	31	41

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; UTI=unidade de terapia intensiva

Na segunda avaliação, os RN apresentaram idade média de 140,50 dias ( $\pm 22,66$ ) e idade corrigida de 127,62 dias ( $\pm 16,42$ ) (Tabela 3).

A Tabela 4 aponta as idades cronológica e corrigida dos lactentes na segunda avaliação. A Tabela 5 mostra as variáveis local de nascimento e sexo da amostra total. A maioria, 92,3% nasceu na Maternidade Dona Katarina Kuss (MDCK), no município de Mafra (SC), e 7,7% em outras maternidades.

TABELA 3 – IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA SEGUNDA AVALIAÇÃO NA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	n	Média	DP
Idade cronológica em dias – segunda avaliação	26	140,50	22,66
Idade corrigida em dias – segunda avaliação	26	127,62	16,42

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão

TABELA 4 – IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA SEGUNDA AVALIAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	UTI	n	Média	DP
Idade cronológica em dias – segunda avaliação	Não	13	129,23	18,01
	Sim	13	151,77	21,69
	Total	26	140,50	22,66
Idade corrigida em dias – segunda avaliação	Não	13	125,62	17,67
	Sim	13	129,62	15,51
	Total	26	127,62	16,42

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão; UTI=unidade de terapia intensiva

TABELA 5 – LOCAL DE NASCIMENTO NA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	n	%
Local de nascimento		
MDCK	24	92,3
Outro	2	7,7
Total	26	100,0
Sexo		
Masculino	12	46,2
Feminino	14	53,8
Total	26	100,0

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; MDCK= Maternidade Dona Catarina Kuss

A Tabela 6 mostra a caracterização das variáveis de nascimento IG, Escore de APGAR 1 e Escore de APGAR 5. A média de IG foi de 35,58 semanas ( $\pm 3,53$ ). O RN de menor IG contava com 27 semanas de gestação e o RN com maior IG contava com 40 semanas.

TABELA 6 – IDADE GESTACIONAL, ESCORE DE APGAR DE 1º E 5º MINUTOS NA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	n	Média	DP
IG	26	35,58	3,53
Escore de APGAR 1	26	7,56	1,69
Escore de APGAR 5	26	8,64	1,15

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão; IG= idade gestacional em semanas; APGAR 1= primeiro minuto de vida; APGAR 5= quinto minuto de vida.

O quadro 5 apresenta a distribuição das IG dos participantes do estudo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012).

QUADRO 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Classificação	n	%
Pré-termo extremo (<28 semanas)	1	3,85
Muito pré-termo (28 a <32 semanas)	2	7,69
Pré-termo moderado (32 a <34 semanas)	1	3,85
Pré-termo tardio (34 a <37 semanas)	14	53,85
Termo (>37 semanas)	8	30,76
Total	26	100

FONTE: A autora (2020)

n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

Em seguida, a Tabela 7 refere-se ao tempo de exposição à internação em UTIN e aos procedimentos invasivos orofaciais sofridos neste período. A mediana do período de internação foi de 7 dias, com mínimo de 1 e máximo de 90 dias de exposição. O procedimento invasivo com maior número de participantes expostos foi a passagem de sonda naso ou orogástrica para nutrição enteral (n=6) e o procedimento invasivo com maior tempo de exposição foi a intubação traqueal (68 dias).

TABELA 7 – TEMPO DE EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PROCEDIMENTOS INVASIVOS OROFACIAIS NOS RECÉM-NASCIDOS, SEGUIMENTO DE RECÉM NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	UTI	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Tempo de UTI (dias)	Sim	13	7,00	1,00	90,00
Tempo de sonda naso ou orogástrica para nutrição enteral (dias)	Sim	6	3,00	1,00	14,00
Tempo de intubação traqueal (dias)	Sim	4	8,00	1,00	68,00
Tempo CPAP (dias)	Sim	4	11,00	1,00	20,00
Tempo BIPAP (dias)	Sim	1	2,00	2,00	2,00

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão; CPAP=do inglês *Continuous Positive Airway* (pressão positiva contínua em vias aéreas); BIPAP=do inglês *Bilevel Positive Pressure Airway* (pressão em vias aéreas a dois níveis); UTI=unidade de terapia intensiva.

As Tabelas 8, 9, 10 e 11 apresentam as variáveis que descrevem as mães dos RN. Sendo características maternas relacionadas a gestação e parto: idade e número de gestações (Tabela 8); tipo de parto (Tabela 9). Em seguida as características psicossociais maternas: histórico de doença mental e diagnóstico (Tabela 10); escolaridade, empregabilidade, planejamento familiar, vínculo com o genitor, conflito com o genitor (Tabela 11). As mães tinham em média 27 ( $\pm 7,84$ ) anos, 26,9% (n=7) delas tinham histórico de doença mental, sendo que a maior



prevalência era de depressão (n=5). Quanto ao nível de instrução formal 50% (n=13) das mães tinham ensino médio completo, quanto à renda 61,5% (n=16) declararam não ter renda própria, a maioria delas 92,3% (n=24) eram casadas ou viviam em união estável com o pai do RN e 60,9% (n=14) declararam não ter conflito com o genitor do RN.

TABELA 8 – IDADE MATERNA E NÚMERO DE GESTAÇÕES, AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	n	Média	DP
Idade mãe	26,00	27,00	7,84
Número de gestações	26,00	1,73	1,04

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão

TABELA 9 – TIPO DE PARTO DOS RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, OS NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias	UTI				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Tipo de parto						
Vaginal	9	69,2	5	38,5	14	53,8
Cesário	4	30,8	8	61,5	12	46,2
Total	13	100	13	100.0	23	100.0

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

Em relação aos pais dos RN participantes do estudo, os mesmos apresentaram média de idade de 29,23 ( $\pm 6,87$ ) anos; 12%(n=3) possuíam ensino fundamental incompleto, 12%(n=3) concluíram o ensino fundamental, 4%(n=1) ensino médio incompleto; 68% (n=17) concluíram o ensino médio e 4%(n=1) concluíram ensino superior; 7,7% (n=2) declararam não possuir renda, 73,1% (n=19) tinham emprego formal e 19,2% (n=5) eram autônomos.

TABELA 10 – HISTÓRICO DE DOENÇA MENTAL E DIAGNÓSTICO EM MÃES DOS RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, OS NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias	UTI				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Histórico de doença mental						
Não	10	76,9	9	69,2	19	73,1
Sim	3	23,1	4	30,8	7	26,9
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0
Diagnóstico						
Nenhuma	10	76,9	9	69,2	19	73,1
Depressão	2	15,4	3	23,1	5	19,2
Síndrome do Pânico	0	0,0	1	7,7	1	3,8
TAB	1	7,7	0	0,0	1	3,8
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; TAB=transtorno afetivo bipolar.

TABELA 11 – ESCOLARIDADE, EMPREGABILIDADE, PLANEJAMENTO FAMILIAR, VÍNCULO COM O GENITOR, CONFLITO COM O GENITOR DAS MÃES DO RECÉM NASCIDOS, DA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias	Total	
	n	%
Escolaridade mãe		
Ensino Fundamental Incompleto	1	3,8
Ensino Fundamental	3	11,5
Ensino Médio Incompleto	5	19,2
Ensino Médio	13	50,0
Ensino Superior Incompleto	1	3,8
Ensino Superior	3	11,5
Total	26	100,0
Empregabilidade		
Sem renda	16	61,5
Emprego formal	9	34,6
Autônoma	1	3,8
Total	26	100,0
Planejamento familiar		
Gestação não planejada	14	53,8
Gestação planejada	12	46,2
Total	26	100,0
Vínculo com o genitor		
Nenhum	1	3,8
Casada	24	92,3
Separada	1	3,8
Total	26	100,0
Conflito com o genitor		
Não	14	60,9
Sim	9	39,1
Total	23	100,0

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

## 4.2 ASPECTOS EMOCIONAIS MATERNOS

Na Tabela 12 estão descritas as variáveis relacionadas ao estado emocional materno, sendo elas: estresse materno, fase do estresse e predominância de sintomas; DPP avaliada por meio da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo; necessidade ou não de intervenção e o tipo de intervenção na amostra total. Sendo assim, a amostra total de mães apresentou estresse em 26,9% (n=7) na primeira avaliação com redução para 3,8% (n=1) na segunda avaliação. Na primeira

avaliação a fase do estresse predominante foi a resistência e predominância de sintomas tanto físicos quanto psicológicos.

TABELA 12 – ASPECTOS EMOCIONAIS MATERNS NA PRIMEIRA E NA SEGUNDA AVALIAÇÕES AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias	Amostra total			
	Primeira avaliação		Segunda avaliação	
	n	%	n	%
Estresse materno				
Não	19	73,1	25	96,2
Sim	7	26,9	1	3,8
Total	26	100,0	26	100,0
Fase do estresse materno				
Resistência	5	71,4	-	-
Quase exaustão	-	-	1	100,0
Exaustão	2	28,6	-	-
Total	7	100	1	100,0
Predominância de Sintomas				
Fisiológicos	4	57,1	-	-
Psicológicos	3	42,9	1	100,0
Total	7	100,0	1	100,0
Intervenção sobre sintomas de estresse detectados no instrumento ou queixas espontâneas				
Não	18	69,2	20	76,9
Sim	8	30,8	6	23,1
Total	26	100,0	26	100,0
Tipo de intervenção				
Aconselhamento psicológico	8	100,0	6	100,0
Total	8	100,0	6	100,0
Edimburgo primeira avaliação				
Sem sintomas de DPP	25	96,2	25	96,2
Com sintomas de DPP	1	3,8	1	3,8
Total	26	100,0	26	100,0
Intervenção sobre sintomas de DPP detectados no instrumento ou queixas espontâneas				
Não	18	69,2	19	73,1
Sim	8	30,8	7	26,9
Total	26	100,0	26	100,0
Tipo de intervenção				
Aconselhamento psicológico	8	100,0	7	100,0

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; DPP: depressão pós-parto.

Quanto à DPP, 96,2% não tinham sintomas tanto na primeira quanto na segunda avaliações. No entanto, aconteceram queixas por parte das mães em relação a sintomas de estresse e depressão, mesmo que as escalas não somassem pontuação suficiente para lançar a hipótese de um diagnóstico constituído.

Houveram intervenções relacionadas a queixas de estresse, por exemplo, em 30,8% (n=8) na primeira avaliação e 23,1% (n=6) na segunda avaliação. As intervenções relacionadas a queixas depressivas foram 30,8% (n=8) na primeira avaliação e 26,9% (n=7) na segunda avaliação. As mães foram acolhidas em tratamento devido a auto identificarem sintomas de sofrimento emocional relacionados ao estresse e a depressão e havia demanda para tratamento por parte das mesmas.

Na Tabela 13 é possível verificar a análise descritiva da variável estresse materno, suas características e intervenção na primeira avaliação nos grupos de RN expostos e não expostos à internação em UTIN.

TABELA 13 – ESTRESSE MATERNO, FASE DO ESTRESSE, PREDOMINÂNCIA DE SINTOMAS, INTERVENÇÃO E TIPO DE INTERVENÇÃO EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias	UTI			
	Não		Sim	
	n	%	n	%
<b>Estresse materno primeira avaliação</b>				
Não	12	92,3	7	53,8
Sim	1	7,7	6	46,2
Total	13	100,0	13	100,0
<b>Fase do estresse materno primeira avaliação</b>				
Resistência	1	100	4	66,7
Exaustão	0	0,0	2	33,3
Total	1	100	6	100,0
<b>Predominância de Sintomas</b>				
Fisiológicos	1	100,0	3	50,0
Psicológicos	0	0,0	3	50,0
Total	1	100,0	6	100,0
<b>Intervenção sobre sintomas de estresse detectados no instrumento ou queixas espontâneas</b>				
Não	12	92,3	6	46,2
Sim	1	7,7	7	53,8
Total	13	100	13	100,0
<b>Tipo de intervenção</b>				
Aconselhamento psicológico	1	100,0	7	100,0
Total	1	100,0	7	100,0

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

A Tabela 14 mostra que houve frequência significativamente maior de estresse na primeira avaliação nas mães que tiveram os filhos expostos à internação em UTIN (p=0,037).

TABELA 14 – ESTRESSE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

		UTI		p
		Não	Sim	
Estresse materno primeira avaliação				
Não	n	12	7	0,037*
	%	46,2%	26,9%	
Sim	n	1	6	
	%	3,8%	23,1%	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

A Tabela 15 traz a comparação entre o tempo de exposição à internação em UTIN e o estresse materno na primeira avaliação, mostrando que houve associação entre o tempo de exposição à internação em UTIN e o estresse materno.

TABELA 15 – COMPARAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E ESTRESSE MATERNO, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

		Tempo de UTI				p
		n	Mediana	Mínimo	Máximo	
<b>Estresse materno</b>	<b>Não</b>	7	6,00	1,00	14,00	<b>0,031*</b>
	<b>Sim</b>	6	28,00	5,00	90,00	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste de Mann-Whitney

Legenda: n=frequência absoluta.

Em seguida, a Tabela 16 analisa a associação entre estresse materno na primeira avaliação e os procedimentos invasivos orofaciais sofridos pelos RN expostos à internação em UTIN, demonstrando que não houve associação.

TABELA 16 – ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTRESSE MATERNO E OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS OROFACIAIS REALIZADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NOS RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias		Estresse materno primeira avaliação		p
		Não	Sim	
Sonda naso ou orogástrica (n=9)				
Sim	n	5	4	1,000
Intubação traqueal (n=4)				
Sim	n	1	3	0,266
CPAP (n=4)				
Sim	n	1	3	0,545
BIPAP (n=1)				
Sim	n	0	1	0,400

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; CPAP=do inglês *Continuous Positive Airway Pressure* (pressão positiva contínua em vias aéreas); BIPAP=do inglês *Bilevel Positive Pressure Airway* (pressão positiva em vias aéreas a dois níveis).

Observa-se na Tabela 17 que, ao considerar a amostra total independentemente dos RN terem sido expostos ou não à internação em UTIN, a IG dos RN cujas mães apresentaram estresse materno na primeira avaliação foi significativamente menor que a IG das mães que não apresentaram estresse materno.

TABELA 17 – COMPARAÇÃO DA MÉDIA DE IDADE GESTACIONAL E ESTRESSE DAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E NA AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

UTI	Estresse materno primeira avaliação	IG em semanas			
		n	Média	DP	p
Não	Não	12	36,58	1,44	0,285
	Sim	1	37,00	-	
Sim	Não	7	37,14	2,41	0,030*
	Sim	6	31,50	4,97	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste de Mann-Whitney

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão; IG=idade gestacional.

Não foi encontrada associação entre a presença de conflitos conjugais e o estresse materno na amostra total (p=1000), na primeira avaliação.



No que diz respeito ao estresse materno, na segunda avaliação, houve redução do mesmo quando considerado o resultado do instrumento ISSL, apenas 7,7% (n=1), conforme descrito na tabela 18.

TABELA 18 – ESTRESSE MATERNO NA SEGUNDA AVALIAÇÃO, RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS, NÃO EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias	UTI				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Estresse materno segunda avaliação						
Não	13	100,0	12	92,3	25	96,2
Sim	0	0	1	7,7	1	3,8
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual.

O quadro 6 apresenta a necessidade de intervenção aos 7 dias e aos 4 meses para as mães, independente de terem pontuado estresse ou DPP a partir dos instrumentos utilizados. Nota-se que as mães 04, 10, 19 e 20 mantiveram-se com queixas relacionadas a estresse e depressão durante os 4 meses do estudo. A mãe 03 apresentou queixas relacionadas à depressão na primeira avaliação e queixas de estresse e depressão na segunda avaliação. As mães 06 e 23 apresentaram queixas de estresse na primeira avaliação e depressivas na segunda. As mães 09 e 21 apresentaram queixas de estresse e depressão apenas na primeira avaliação. A mãe 11 apresentou queixas de estresse apenas na primeira avaliação.

QUADRO 6 – NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO EM RELAÇÃO ÀS MÃES NO QUE DIZ RESPEITO A QUEIXAS DE ESTRESSE E QUEIXAS DEPRESSIVAS, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

7 dias		4 meses	
Queixas relacionadas ao estresse	Queixas depressivas	Queixas relacionadas ao estresse	Queixas depressivas
04	03	03	03
06	04	04	04
09	09	10	06
10	10	19	10
11	19	20	19
19	20	23	20
20	21	-	23
21	23	-	-

FONTE: A autora (2020)

#### 4.3 INDICADORES DE RISCO PSÍQUICO - IRDI

A primeira aplicação do IRDI foi realizada em torno de 39 semanas e a segunda aos 128,76 dias de idade corrigida, conforme descrito nas tabelas 1 e 2 respectivamente. A Tabela 19 apresenta o resultado da primeira e da segunda aplicações do IRDI. Demonstrando que na primeira avaliação 34,6% (n=9) tiveram 2 ausências ou mais, o que sugere risco psíquico. Na segunda avaliação o IRDI detectou desenvolvimento adequado para todos os participantes.

TABELA 19 – RISCO PSÍQUICO, AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA E SEGUNDA AVALIAÇÕES, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias	IRDI			
	Primeira avaliação		Segunda avaliação	
	n	%	n	%
Normal	17	65,4	26	100
2 ausências ou mais	9	34,6	-	-

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; IRDI=indicadores de risco psíquico para o desenvolvimento infantil.

A caracterização do risco psíquico, que trata do resultado geral do Instrumento IRDI, bem como os seus subitens, IRDI 1 (Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer), IRDI 2 (A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela, o “manhês”), IRDI 3 (A criança reage ao “manhês”), IRDI 4 (A mãe propõe algo a criança e aguarda sua reação?), IRDI 5 (Há troca de olhares entre a mãe e a criança?) podem ser observadas na Tabela 20. Também traz as categorias intervenção e tipo de intervenção quanto ao risco psíquico. No grupo de RN expostos à internação em UTIN, 38,5% (n=5) apresentaram duas ausências ou mais, já no grupo não exposto foi de 30,8% (n=4). O IRDI que mais apresentou ausências foi o 3 nos dois grupos. O IRDI 5 esteve presente em todos os RN que não foram expostos à internação em UTIN e ausente em 3 RN expostos.

TABELA 20 – RISCO PSÍQUICO, IRDI 1, IRDI 2, IRDI 3, IRDI 4, IRDI 5, NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO E TIPO DE INTERVENÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias	UTI				Total	
	Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%
Risco Psíquico primeira avaliação						
Normal	9	69,2	8	61,5	17	65,4
2 Ausências ou mais	4	30,8	5	38,5	9	34,6
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0
IRDI 1 primeira avaliação						
Presente	11	84,6	12	92,3	23	88,5
Ausente	2	15,4	1	7,7	3	11,5
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0
IRDI 2 primeira avaliação						
Presente	10	76,9	12	92,3	22	84,6
Ausente	3	23,1	1	7,7	4	15,4
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0
IRDI 3 primeira avaliação						
Presente	9	69,2	8	61,5	17	65,4
Ausente	4	30,8	5	38,5	9	34,6
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0
IRDI 4 primeira avaliação						
Presente	10	76,9	12	92,3	22	84,6
Ausente	3	23,1	1	7,7	4	15,4
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0
IRDI 5 primeira avaliação						
Presente	13	100,0	10	76,9	23	88,5
Ausente	0	0	3	23,1	3	11,5
Total	13	100,0	13	100,0	26	100,0
Intervenção						
Não	6	50,0	8	61,5	14	56,0
Sim	6	50,0	5	38,5	11	44,0
Total	12	100,0	13	100,0	25	100,0
Tipo de intervenção						
Orientação pontual	6	100,0	5	100,0	11	100,0
Total	6	100,0	5	100,0	11	100,0

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; IRDI=indicadores de risco psíquico para o desenvolvimento infantil.

Em seguida estão os resultados que avaliaram associação entre risco psíquico e exposição à internação em UTIN (Tabela 21); tempo de exposição à internação em UTIN e o risco psíquico (Tabela 22).

TABELA 21 – ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

		UTI		p
		Não	Sim	
Risco Psíquico				
Normal	n	9	8	1,000
	%	34,6%	30,8%	
2 ausências ou mais	n	4	5	
	%	15,4%	19,2%	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

TABELA 22 – COMPARAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO À UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E RISCO PSÍQUICO, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	Categorias	Tempo de UTI em dias				p
		n	Mediana	Mínimo	Máximo	
Risco psíquico	Normal	8	6,00	1,00	14,00	0,091
	2 Ausências ou mais	5	42,00	3,00	90,00	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste de Mann-Whitney

Legenda: n=frequência absoluta; UTI=unidade de terapia intensiva.

A tabela 23 apresenta a associação entre o risco psíquico e os procedimentos invasivos orofaciais aos quais os RN foram submetidos durante o período de internação em UTIN. Os procedimentos invasivos orofaciais realizados durante este não apresentaram associação com o risco psíquico.

Visualiza-se nas Tabelas 24 e 25 que não houve associação entre o risco psíquico e o estresse materno na primeira avaliação em todos os agrupamentos populacionais. Quanto a segunda avaliação não foi possível calcular a associação entre as variáveis porque não foram encontradas alterações em risco psíquico e estresse materno.

A Tabela 26 demonstra que, ao considerar a amostra total dos RN, independentemente de terem sido ou não expostos à internação em UTIN, a IG dos RN com resultado normal para risco psíquico na primeira avaliação foi

significativamente maior que a IG dos RN que apresentaram 2 ausências ou mais para risco psíquico. Ou seja, quanto maior a prematuridade maior foi a possibilidade de apresentar Risco psíquico. No grupo exposto à internação em UTIN verifica-se  $p=0,054$ , sendo considerado este um valor limítrofe para associação.

TABELA 23 - ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E OS PROCEDIMENTOS INVASIVOS OROFACIAIS REALIZADOS NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias		Risco Psíquico primeira avaliação		p
		Normal	2 Ausências ou mais	
Sonda naso ou orogástrica (n=9)				
Sim	n	6	3	1,000
Intubação traqueal (n=4)				
Sim	n	1	3	0,217
CPAP (n=4)				
Sim	n	2	2	1,000
BIPAP (n=1)				
Sim	n	0	1	0,300

FONTE: A autora (2020)

\* $p<0,05$  – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; CPAP=do inglês *Continuous Positive Airway Pressure* (pressão positiva contínua em vias aéreas); BIPAP=do inglês *Bilevel Positive Pressure Airway* (pressão positiva em vias aéreas a dois níveis).

TABELA 24 – ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E ESTRESSE MATERNO, AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Estresse Materno primeira avaliação		Total		p
		Risco Psíquico primeira avaliação		
		Normal	2 Ausências ou mais	
Não	n	13	6	0,661
	%	50,0%	23,1%	
Sim	n	4	3	
	%	15,4%	11,5%	
Total	n	17	9	26
	%	65,4%	34,6%	100,0%

FONTE: A autora (2020)

\* $p<0,05$  – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

TABELA 25 – ASSOCIAÇÃO ENTRE RISCO PSÍQUICO E ESTRESSE NAS MÃES DE RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E RECÉM-NASCIDOS NÃO EXPOSTOS, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Estresse Materno primeira avaliação		UTI					
		Não			Sim		
		Risco Psíquico primeira avaliação		p	Risco Psíquico primeira avaliação		p
		Normal	2 Ausências ou mais		Normal	2 Ausências ou mais	
Não	n	8	4	1,000	5	2	0,592
	%	61,5%	30,8%		38,5%	15,4%	
Sim	n	1	0		3	3	
	%	7,7%	0,0%		23,1%	23,1%	
Total	n	9	4	13	8	5	13
	%	69,2%	30,8%		61,5%	38,5%	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

TABELA 26 – ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE GESTACIONAL E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

UTI		IG em semanas			
		Risco psíquico primeira avaliação	n	Média	DP
Não	Normal		9	37,00	1,50
	2 Ausências ou mais		4	35,75	0,50
Sim	Normal		8	36,88	3,23
	2 Ausências ou mais		5	30,80	4,32
Total	Normal		17	36,94	2,38
	2 Ausências ou mais		9	33,00	4,03

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste de Mann-Whitney

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão; IG=idade gestacional.

Não houve associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor, avaliado pelo Denver II, e o risco psíquico, avaliado pelos IRDI, na primeira avaliação em todos os subgrupos de participantes (Tabelas 27 e 28).

TABELA 27 – ASSOCIAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E RISCO PSÍQUICO, AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Denver primeira avaliação	Risco Psíquico primeira avaliação		
	Normal	2 Ausências ou mais	
<b>Normal</b>	14	8	<b>0,755</b>
	53,8%	30,8%	
<b>Suspeito</b>	2	1	
	7,7%	3,8%	
<b>Anormal</b>	1	0	<b>26</b>
	3,8%	0,0%	
<b>Total</b>	17	9	
	65,4%	34,6%	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher e Teste Qui-Quadrado de Pearson

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

TABELA 28 – ASSOCIAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E OS NÃO EXPOSTOS, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Denver primeira avaliação	UTI					
	Não			Sim		
	Risco Psíquico primeira avaliação		p	Risco Psíquico primeira avaliação		p
	Normal	2 Ausências ou mais		Normal	2 Ausências ou mais	
<b>Normal</b>	n 7	4	<b>0,591</b>	7	4	<b>1,000</b>
	% 53,8%	30,8%		53,8%	30,8%	
<b>Suspeito</b>	n 1	0		1	1	
	% 7,7%	0,0%		7,7%	7,7%	
<b>Anormal</b>	n 1	0	<b>13</b>	-	-	<b>13</b>
	% 7,7%	0,0%		-	-	
<b>Total</b>	n 9	4		8	5	
	% 69,2%	30,8%		61,5%	38,5%	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher e Teste Qui-Quadrado de Pearson

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual



O Quadro 7 traz um comparativo entre risco psíquico (IRDI), desenvolvimento neuropsicomotor (Denver II) e idade gestacional na primeira avaliação.

QUADRO 7 – DESCRIÇÃO RISCO PSÍQUICO, DENVER II E IDADE GESTACIONAL COM ALTERAÇÕES NA AMOSTRA TOTAL

RN	IRDI	DENVER II	IG
3	2 ausências ou mais	Normal	36
6	2 ausências ou mais	Normal	28
9	2 ausências ou mais	Normal	27
12	2 ausências ou mais	Normal	35
13	2 ausências ou mais	Normal	36
15	2 ausências ou mais	Normal	35
21	2 ausências ou mais	Normal	28
22	2 ausências ou mais	Anormal	36
23	2 ausências ou mais	Normal	36
18	Normal	Anormal	36
25	Normal	Suspeito	40
27	Normal	Suspeito	40

Fonte: A autora (2020)

Legenda: RN=recém-nascido; IRDI= indicadores de risco para o desenvolvimento infantil; DENVER II= teste de triagem de Denver II; IG=idade gestacional; 2 ausências ou mais=ausência de indicadores de desenvolvimento psíquico ou mais, indicando possível risco psíquico; Anormal= atraso no desenvolvimento com necessidade de avaliação neurológica e estimulação profissional estruturada; Suspeito= pródromos de atraso no desenvolvimento com necessidade de orientação para estimulação doméstica e monitoramento.

Verifica-se na Tabela 29 que no subgrupo de RN não expostos à internação em UTIN, houve frequência significativamente maior de mães sem conflito com o genitor e que apresentaram RN sem risco psíquico na primeira avaliação.

Não foi encontrada associação entre o histórico de doença mental e risco psíquico na primeira avaliação em todos os subgrupos analisados (Tabela 30).

A Tabela 31 mostra que não houve associação entre a DPP e risco psíquico na primeira avaliação em RN expostos à internação em UTIN, os não expostos e na amostral total.

TABELA 29 – ASSOCIAÇÃO ENTRE CONFLITOS CONJUGAIS E RISCO PSÍQUICO, AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias		UTI						Total			
		Não			Sim						
		Conflito com o genitor		p	Conflito com o genitor		p	Conflito com o genitor		p	
		Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim		
Risco Psíquico primeira avaliação											
Normal	n	6	1	0,033*	5	3	1,000	11	4	0,179	
2 Ausências ou mais	n	0	3		3	2		3	5		
Total	n	6	4	10	8	5	13	14	9	23	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; UTI=unidade de terapia intensiva.

TABELA 30 – ASSOCIAÇÃO ENTRE HISTÓRICO DE DOENÇA MENTAL MATERNA E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável e categorias		UTI						Total		
		Não			Sim					
		Histórico de doença mental		p	Histórico de doença mental		p	Histórico de doença mental		p
		Não	Sim		Não	Sim		Não	Sim	
Risco psíquico primeira avaliação										
Normal	n	6	3	0,497	5	3	1,000	11	6	0,357
	%	46,2%	23,1%		38,5%	23,1%		42,3%	23,1%	
2 Ausências ou mais	n	4	0	13	4	1	13	8	1	26
	%	30,8%	0,0%		30,8%	7,7%		30,8%	3,8%	
Total	n	10	3	100,0%	9	4	100,0%	19	7	100,0%
	%	76,9%	23,1%		69,2%	30,8%		73,1%	26,9%	

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; UTI=unidade de terapia intensiva.

TABELA 31 – ASSOCIAÇÃO ENTRE SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

		Total		p
		Edimburgo primeira avaliação		
		Sem sintomas de DPP	Com sintomas de DPP	
Risco Psíquico				
Normal	n	16	1	1,000
	%	61,5%	3,8%	
2 Ausências ou mais	n	9	0	
	%	34,6%	0,0%	
Total	n	25	1	26
	%	96,2%	3,8%	100,0%

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; DPP=depressão pós-parto

A Tabela 32 mostra que houve associação entre a presença do IRDI 5 e a ausência de estresse materno na primeira avaliação, considerando a amostra total. Quando de trataram os dados por grupos, expostos e não expostos à internação em UTIN, não houve diferença significativa.

TABELA 32 – ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTRESSE MATERNO E IRDI 5 EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, OS NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variáveis e categorias		UTI						Total		
		Não			Sim					
		IRDI 5 7 dias		p	IRDI 5 7 dias		p	IRDI 5 7 dias		p
		Presente	Ausente		Presente	Ausente		Presente	Ausente	
Estresse materno 7 dias										
Não	n	12	0	1,000	7	0	0,070	19	0	0,013*
	%	92,3%	0,0%		70,0%	0,0%		82,6%	0,0%	
Sim	n	1	0		3	3		4	3	
	%	7,7%	0,0%		30,0%	100,0%		17,4%	100,0%	
Total	n	13	0	13	10	3	13	23	3	26
	%	100,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FONTE: A autora (2020)

\*p<0,05 – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual

O Quadro 8 traz as características dos RN que tiveram o IRDI 5 ausente, são todos RNPT extremos, com histórico de exposição à internação em UTIN e foram avaliados com idade corrigida baixa.

QUADRO 8 – CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM-NASCIDOS QUE TIVERAM O IRDI 5 AUSENTE NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO

IRDI 5 AUSENTE	UTI	IG	IDADE CORRIGIDA
06	Sim	28	31 semanas
20	Sim	32	35 semanas
21	Sim	28	36 semanas

FONTE: A autora (2020)

## 5 DISCUSSÃO

O principal resultado deste estudo que buscou avaliar a incidência de estresse materno e indicadores de risco psíquico em RN expostos à internação em UTIN, em um estudo prospectivo com seguimento ambulatorial por quatro meses, foi que embora exista estresse materno maior nas mães de RN expostos à internação em UTIN (46,2%) do que em mães de RN não expostos (7,7%), não houve maior incidência de indicadores de risco psíquico nos RN expostos à internação em UTIN. Portanto, não houve relação entre a incidência de estresse materno e a incidência de indicadores de risco psíquico nos RN expostos à internação em UTIN na população estudada.

### 5.1 ALTERAÇÕES EMOCIONAIS MATERNAS (ESTRESSE, DEPRESSÃO E OUTROS SINTOMAS EMOCIONAIS) E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Como mencionado, o presente estudo demonstrou que de um grupo de RN acompanhados em um seguimento para RN com risco para o desenvolvimento, as mães que têm seus filhos expostos à internação em UTIN apresentam mais estresse (46,2%) do que mães de RN que não foram expostos (7,7%). Também indicou que o tempo de exposição à internação em UTIN foi um fator de aumento da frequência de estresse. Ou seja, as mães apresentaram dificuldade emocional em suportar maiores períodos de internação em UTIN.

A partir de um instrumento específico para avaliação de níveis de estresse para pais de RN internados em UTIN, 343 pais foram avaliados no norte da Índia, onde chegaram à conclusão de que mães desses RN apresentam altos níveis de estresse. O baixo peso ao nascer e a prematuridade também contribuíram significativamente para maiores níveis de estresse (VARGHESE, 2015). No presente estudo, as mães que tiveram os filhos expostos à internação em UTIN apresentavam maiores níveis de estresse do que as mães que não tiveram seus filhos expostos, mesmo após a alta hospitalar, demonstrando que pode haver persistência do estresse mesmo após o encerramento do tempo de exposição. Também há concordância entre estresse materno associado à prematuridade. Neste caso, a IG mostrou-se associada à maior frequência de estresse independente da exposição à

internação em UTIN, demonstrando que o parto prematuro parece apresentar impacto sobre o estado emocional materno de modo geral. Neste sentido, um estudo no Malawi apontou que mães de RNPT apresentam mais sintomas de angústia do que mães de RN a termo (GONDWE *et al.*, 2020).

Ao avaliar a presença de estresse em 100 mães de RN internados em UTIN, Chourasia (2013), encontrou frequência de estresse significativa nesta população, sendo que os elementos idade materna elevada, prematuridade, maior tempo de permanência em internação na UTIN e impossibilidade de amamentar o RN estavam associados a níveis mais elevados de estresse. Novamente a prematuridade se mostra como elemento importante associado ao estresse materno, assim como no estudo atual, que também encontrou associação entre o tempo de exposição à internação em UTIN e o estresse materno. Na amostra estudada, ao contrário de Chourasia (2013), a idade materna não apresentou associação ao estresse materno.

O estudo de Pichler-Stachl (2019) avaliou o nível de estresse de 47 mães e 47 pais, 72 horas após a admissão de RN em UTIN, concluindo que as mães apresentam níveis mais elevados de estresse do que os pais. Verificou ainda que mães com maior idade tinham nível de estresse significativamente maior. Novamente encontra-se discordância com o presente estudo quanto ao fator idade materna, talvez este elemento esteja associado ao fato de que a amostra foi pequena e que a média de idade das participantes foi de 27 anos e mediana de 25,5 anos. Dentro de uma amostra pequena e com a maior parte do grupo sendo bastante jovem o elemento não se mostrou significativo. Já nos estudos de Chourasia (2013) e Pichler-Stachl (2019), as amostras eram maiores, o que possibilitou provavelmente um intervalo de idades maior, tornando viável uma análise mais apurada da importância desta variável sobre a presença e intensidade do estresse materno.

Os pesquisadores indianos também avaliaram outros fatores que não apresentaram associação com o estresse dos pais, sendo gênero do RN, condição socioeconômica, asfixia ao nascimento, uso de respiradores artificiais e diagnóstico (VARGHESE, 2015). Os achados do presente estudo, da mesma forma, verificaram que as intervenções invasivas relacionadas a respiradores artificiais, não se mostraram associadas à presença de estresse materno. De forma contrária, a pesquisa de Varma (2019), também realizada na Índia, encontrou associação entre níveis elevados de estresse e ventilação mecânica. O estudo de Holditch-Davis *et*

*al.*, (2015), com 232 mães de RNPT expostos à internação em UTIN, encontraram associação entre sintomas de extrema angústia e maior tempo de ventilação mecânica. Mesmo não se tratando da avaliação do estresse, o estudo demonstra que a intervenção invasiva em questão está associada a sofrimento materno importante. Essa diferença entre o estudo atual e os citados pode ter sido encontrada de forma aleatória, elemento que se mostra possível ao se considerar o n restrito do atual estudo.

Para Varma *et al.* (2019) um dos elementos que se mostrou associado a altos níveis de estresse materno na pesquisa, diz respeito à percepção das mães de que seu RN esteja vivenciando desconfortos na UTIN. O que vem de encontro, de modo geral, com os efeitos levantados pelo atual estudo no que diz respeito ao fato de as mães serem sensivelmente tocadas em relação aos eventos que envolvem os RN nas internações em UTIN, mesmo após a alta hospitalar.

Foi encontrado apenas um estudo que abarcou o estresse materno após a alta hospitalar de mães que tiveram os RN expostos a UTIN. O que leva a questionar de que forma as mães vem sendo tratadas no seguimento ao RN de risco para o desenvolvimento no mundo todo, em especial no Brasil. Nos Estados Unidos, Holditch-Davis *et al.* (2015) se empenharam em descrever os padrões de sofrimento de mães que tiveram os RNPT expostos à internação em UTIN. Foram analisadas 232 mães e como resultado encontraram 52 mães com baixa angústia; 57 mães com sofrimento moderado; 20 mães com alto nível de depressão e ansiedade; 78 mães com níveis elevados de estresse; 20 mães com altos níveis de depressão e ansiedade e 25 mães com extrema angústia. A avaliação foi feita durante o período de hospitalização e as mães foram reavaliadas durante o primeiro ano de vida da criança, apontando persistência da maioria dos sintomas em diferentes níveis ao longo do período de estudo. Porém, não houve intervenção sobre a amostra estudada. A persistência de sintomas de sofrimento emocional até um ano após sua detecção, demonstra a importância de políticas públicas voltadas à avaliação e acompanhamento específico para esta população.

O presente estudo encontrou uma incidência de 26,9% de estresse na primeira avaliação e 3,8% na segunda avaliação, sendo importante considerar que em todos os casos detectados e também os que haviam queixas pontuais relacionadas ao estresse, mesmo que não tenham indicação de diagnósticos pontuados nos questionários de avaliação, receberam intervenção na forma de



aconselhamento psicológico. O fato de a amostra ser pequena pode ter sido importante para que todas as mães recebessem intervenção e assim mostra-se possível levantar a hipótese de que a intervenção precoce sobre os sintomas de estresse se mostram efetivos em sua redução, embora ao mesmo tempo se construa um viés de intervenção. Importante salientar que o viés de intervenção mostra-se como um aspecto ético inevitável no tipo de estudo proposto.

O Quadro 7 apontou as mães em intervenção ao longo do estudo, demonstrando que as queixas não desapareceram por completo em todos os casos, mas o fato de reduzirem a pontuação no instrumento de avaliação aponta que a intervenção oferecida a elas no serviço de seguimento ao RN de risco surtiu efeitos terapêuticos importantes para a melhora dos sintomas.

Ainda sobre este tema, as propostas de intervenção que focam num seguimento da díade mãe-RN/lactente após a alta hospitalar encontradas são de orientação psicanalítica. As mesmas falam da importância do seguimento, mas a maioria das intervenções são focadas no desenvolvimento psicológico do RN. As mães são acolhidas para a intervenção em função de riscos supostos ou encontrados para a constituição subjetiva do RN (CHAVES, 2013; LAZNIK, 2013; GRATIER, 2017; ZIMMERMAN, 2017; ZEN; TRIANE, 2017). Poucas propostas de intervenção partiram do sofrimento materno para acolher as díades em atendimento (BARBOSA *et al.*, 2010; PERGHER *et al.*, 2014). Dessa forma, a mãe parece ser compreendida enquanto acessório à constituição psíquica do RN. As mães em sofrimento mental, mas que apresentam RN/lactentes em bom estado de saúde mental podem estar perdendo a oportunidade de intervenções precoces, o que pode proporcionar agravamento dos quadros ao longo do tempo. Pesquisas nesse sentido podem se mostrar frutíferas no que diz respeito à saúde mental da mulher.

A questão do agravamento dos quadros iniciais de sofrimento materno parece ser uma tendência. Os estudos, de modo geral, estão bastante focados no levantamento dos quadros de DPP. Nesta área foram encontrados diversos artigos, no entanto, mostra-se importante destacar que neste estudo as mães apresentavam níveis de estresse na proporção de 26,9% de modo geral e 3,8% de DPP na primeira avaliação. Na segunda avaliação, tanto estresse quanto DPP foram encontrados em 3,8% das mães.

É evidente que a DPP é um elemento de grande impacto na qualidade de vida da mãe acometida e os estudos na área são de suma importância. A este

respeito, Ramos *et al.* (2018), realizaram revisão integrativa com artigos levantados na PUBMED, publicados entre 2007 e 2017. Concluíram que os fatores determinantes para o desenvolvimento do quadro de DPP foram dentre outros histórico de sofrimento mental, descritos como história de depressão, vítimas de violência, história pregressa de DPP, baixo índice de saúde mental, sofrimento emocional durante a gravidez e/ou parto. Garfield *et al.* (2015), em uma amostra de mulheres americanas de baixa renda com até dois meses após o parto de RNPT e/ou RN de muito baixo peso, encontraram associação entre DPP e baixo peso do RN, independente deste apresentar doença e a gravidade da mesma quando existente.

Theme Filha *et al.*, (2016) em pesquisa realizada a respeito do nascimento no Brasil, a partir de entrevista com 23.894 puérperas, concluíram que a incidência de possíveis casos de DPP, avaliada pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo foi de 26,3%. Alguns fatores foram considerados de risco para os episódios de DPP, dentre eles histórico de transtorno mental e cuidados precários oferecidos ao RN. Recentemente DAS *et al.* (2019), avaliaram 96 mães quanto ao risco de um histórico de depressão aumentar as chances de adoecimento psicológico após o parto. Concluíram que, de fato, mulheres com histórico de depressão estão mais sujeitas a sintomas de ansiedade e estresse após o parto. O presente estudo não encontrou associação entre diagnóstico prévio de doença mental e DPP ou estresse, importante salientar que não foram consideradas queixas de sofrimento mental, apenas casos de diagnóstico para a análise. De qualquer forma, a pequena amostra pode ter inviabilizado tal associação, sendo importante, considerar neste caso os estudos com populações maiores, destacando o realizado por Theme Filha *et al* (2016).

Outro elemento que vem sendo bastante estudado na população de mães que tiveram os RN expostos à internação em UTIN é o estresse pós-traumático. Sobre o assunto, uma pesquisa teórica levantou estudos que relatavam o diagnóstico nesta população e concluiu que os sintomas variaram entre 18 e 81%, nos Estados Unidos e Turquia respectivamente. Parte dos estudos traziam dados qualitativos associados aos sintomas de estresse, sendo eles: contraste entre a situação vivenciada e o ideal de maternidade recoberto de sentimentos positivos como a alegria; elementos culturais; senso de propriedade e controle da situação; rede de apoio e falta de conhecimento sobre como lidar com a situação (BECK.;

WOYNAR, 2017). O descrito aponta o quanto o adoecimento psicológico materno pode afetar elementos que são facilmente identificados como pontos que fazem parte da construção da função materna. Dessa forma, a saúde mental materna se mostra mais uma vez como fator importante a ser acolhido e tratado nos serviços de saúde.

Ainda sobre a função materna, Chaves (2016) lança como hipótese que a depressão na mãe, poderia ser um fator impeditivo da constituição da função materna, tendo como efeito a dificuldade de estabelecimento de laço e, como efeito, o encaminhamento do RN/lactente a um processo de constituição psíquica em risco de uma estruturação autística. A questão da relação entre saúde mental materna e risco psíquico será discutida posteriormente (item 5.2).

Diversos modelos de intervenção foram encontrados durante o período de internação na UTIN com foco na melhora do quadro de saúde mental dos pais. O'Brien *et al.* (2018) num estudo com 1787 RNPT expostos à internação em UTIN concluíram que a inserção dos pais nos cuidados diários aos RNPT é benéfica para a saúde global dos mesmos e para a melhora da saúde mental dos pais. Welch (2015), avaliou o nível de sintomas de ansiedade e depressão em mães de RNPT extremos aos quatro meses de idade corrigida. Concluiu que as mães que passaram por um programa de intervenção baseado na promoção do contato entre a mãe e o RN, iniciado no sétimo dia de vida do RN e mantido durante todo o período da hospitalização, apresentavam níveis significativamente menores desses sintomas aos quatro meses do que as mães que não participaram do programa. Ambos os grupos apresentavam níveis equivalentes de sintomas antes do período de intervenção (sétimo dia de vida do RN). O estudo concluiu que o projeto foi capaz de favorecer o vínculo entre mãe e RN, fortalecendo, assim a função materna e reduzindo níveis de estresse e depressão nas mães.

Horsch *et al.* (2015) e Ayers (2018) desenvolveram estudos na Suíça e no Reino Unido respectivamente, buscando formas de baixo impacto financeiro para tratar as mães com sintomas de DPP e estresse pós-traumático relacionados a exposição de seus RN em internação em UTIN, considerando a importância de ações voltadas ao cuidado da saúde mental dessa população. As atuações durante o período de internação mostraram-se significativamente eficientes, mas a atenção para além do período de hospitalização também deve ser implementada. Um estudo de revisão americano, conduzido por Chertok (2014), focou nos cuidados destinados

a mães de RN internados em UTIN com estresse e identificou diversas práticas voltadas a redução de estresse. Práticas relacionadas a envolvimento das mães nos cuidados ao RN, no estímulo da autoconfiança da mãe e na oferta de informações sobre o estado do RN, o funcionamento da UTIN e o que esperar do desenvolvimento do RN se mostraram significativamente relevantes na redução dos níveis de estresse. Uma forma de aconselhamento com temáticas semelhantes foi descrito por Chourasia (2013) com 100 mães de RN expostos à internação em UTIN e foi considerado efetivo na melhora do estresse.

## 5.2 RISCO PSÍQUICO E RELAÇÃO COM EMOÇÕES MATERNAS

A questão da mãe enquanto intérprete do mundo para o RN foi um dos norteadores da análise em relação ao impacto sobre o risco psíquico dos RN participantes desse estudo, quando as mães atravessam a experiência potencialmente estressante de ter o RN internado em UTIN e da mesma forma as mães com histórico de doença mental. Questionou-se se estes elementos fragilizariam a capacidade da mãe de exercer a função materna de modo a satisfazer as necessidades psíquicas básicas ao desenvolvimento psicológico do RN, o que pode ser verificado pela presença de risco psíquico.

Achados na literatura descrevem de formas variadas o impacto do histórico de doença mental na saúde e desenvolvimento de crianças. Martin *et al.* (2017), avaliaram 1730 mulheres com histórico de internação por doença psiquiátrica nos dois anos antes e após o parto e compararam com mulheres sem histórico de doença mental. Concluíram que cerca de um terço das crianças filhas de mães com histórico de internação encontravam-se em risco potencial de adversidade (alguma forma de tratamento intensivo e/ou negligência na vacinação). Da mesma forma, Vonderheid *et al.* (2016), ao avaliar um grupo de 147 díades com 6 semanas de idade corrigida do RN, concluíram que filhos de mães com altos índices de ansiedade necessitaram de três vezes mais episódios de tratamento agudo (clínicas, emergências e reinternações). O que também pode ser extraído do estudo de validação da Escala da Rede Neurobehavioral em UTIN (NNNS), conduzido por Lester *et al.* (2014), onde encontraram fatores protetores para o neurodesenvolvimento em RNPT sem diagnósticos clínicos além da prematuridade, sendo eles: cuidados voltados a estimular o neurodesenvolvimento ainda na UTIN;

envolvimento familiar; satisfação dos pais; menos depressão materna e menores índices de estresse parental.

Santos *et al.* (2016), levantaram sinais de sofrimento psicológico em 229 mães e o efeito disso na relação e desenvolvimento de RNPT. Os resultados indicaram que mães em sofrimento apresentaram dificuldades em estimular o desenvolvimento do lactente aos dois e seis meses de idade corrigida. Aos 12 meses continuavam com dificuldades em estimular o desenvolvimento cognitivo de forma mais amena e de forma mais significativa o desenvolvimento motor. Chama a atenção que, embora tenham dificuldades na estimulação, não apresentaram dificuldades significativas de desenvolver um envolvimento positivo com os lactentes do ponto de vista afetivo. Mughal *et al.* (2017) avaliaram o impacto do estresse no desenvolvimento neuropsicomotor de 108 RNPT tardios aos quatro meses de idade corrigida, verificando que o estresse materno estava associado significativamente a resultados ruins na habilidade de interação pessoal-social do lactente e também no desenvolvimento motor grosso.

O presente estudo encontra concordância com os achados de Santos *et al.* (2016), pois ao afirmarem que o sofrimento psicológico da mãe não afetou sua capacidade de desenvolver envolvimento positivo afetivo com os lactentes, possibilita fazer um correlato com a capacidade materna de estabelecer laço subjetivante com seu RN mesmo em condições de estresse materno, DPP e histórico de doença mental. O estabelecimento desse laço foi verificado a partir do IRDI, pois, a presença dos indicadores de desenvolvimento psíquico somente são possíveis de se estabelecerem quando há o laço entre mãe e RN. Já no que diz respeito ao atraso no desenvolvimento neuropsicomotor encontrados tanto por Santos *et al.* (2016) quanto por Mughal *et al.* (2017), o presente estudo não encontrou associação entre os elementos maternos avaliados e desenvolvimento neuropsicomotor avaliado pelo Denver II.

Especificamente sobre o quadro de depressão materna, Crestani (2013) verificou que este transtorno foi significativamente estatístico para a presença de indicadores de risco psíquico em um coorte que acompanhou 58 crianças de um a dezoito meses. O presente estudo não encontrou associação entre DPP e indicadores de risco psíquico. Vale ressaltar que a amostra foi restrita, o estudo foi interrompido em idade inferior ao descrito por Crestani (2013) e houve intervenção sobre a mãe mediante sintomas avaliados pela Escala de Depressão Pós-Parto de

Edimburgo ou meramente sobre a queixa de sintomas depressivos aleatórios por parte da mãe, desde que houvesse demanda para acompanhamento psicológico. Estudos com amostras maiores se fazem pertinentes para avaliar o impacto da intervenção sobre a associação entre DPP e risco psíquico. Até o momento, o atual estudo leva a supor que o suporte psicológico oferecido à díade mostra-se eficiente na promoção de laço subjetivante e como efeito desenvolvimento psicológico saudável no RN.

Beltrame, Moraes e Souza (2013), num estudo com 182 díades brasileiras, a partir da avaliação de risco psíquico através do IRDI e níveis de ansiedade materna a partir da Escala de Ansiedade de Beck, encontraram correlação positiva entre risco psíquico e ansiedade materna. Demonstrando que a ansiedade impacta sobre a capacidade da mãe em executar a função materna. A partir do mesmo conjunto de escalas, Flores *et al.* (2013), avaliaram a associação entre os sintomas depressivos e ansiosos e risco psíquico em lactentes de 0 a 4 meses através do IRDI. Concluíram que depressão e ansiedade associadas têm maior impacto sobre a presença de risco psíquico, mas os quadros isolados de depressão e ansiedade também apresentaram associação ao risco psíquico. O estudo atual partiu de instrumento diferente, a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo, para a avaliação específica de sintomas de DPP e não avaliou ansiedade. No que diz respeito à DPP, não encontrou associação a risco psíquico. Elementos como pequena amostra e diferença entre instrumentos utilizados podem estar relacionadas às diferenças encontradas.

Ainda sobre o impacto do estado mental materno sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, Oyetunji e Chandra (2020), em uma revisão de literatura publicada recentemente, a partir da análise de artigos publicados entre 1995 e 2019 concluiu que o estresse pós-traumático materno encontra-se associado a um vínculo ruim entre mãe/lactente, características do temperamento do lactente e bem estar mental na infância. De forma crônica pode afetar também a capacidade de apego e qualidade do sono dos lactentes. O desenvolvimento neuropsicomotor é afetado de forma importante nas áreas de linguagem, cognitiva e motora, tanto fina quanto grossa. Mais uma vez elementos relacionas ao laço entre mãe/RN se mostraram afetados pelo estado de saúde mental materno.

White-Traut *et al.* (2018) concluíram, salientando a importância da função materna, que a boa interação entre mães e RNPT às 6 semanas de idade corrigida

mostraram-se significativamente associada a um desenvolvimento melhor na área de linguagem e marginalmente melhor na área motora, quando avaliado pela Escala Bayley III. O presente estudo não encontrou dificuldades maternas no exercício da maternagem e da mesma forma, não encontrou associação entre os elementos psicológicos avaliados e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor. Sugerindo que para além da existência de sofrimento mental materno, a capacidade das mesmas de exercerem uma boa função materna é que incide de forma positiva ou negativa sobre o desenvolvimento neuropsicomotor.

Da mesma forma, Laznik (2016), tratando especificamente do risco psíquico em seu auge que seria o risco de uma estruturação autística, afirma que o mesmo não pode ser atribuído ao estado psicopatológico dos pais. Por muito tempo a literatura psicanalítica apresentou o risco psíquico como sendo efeito do estado emocional dos pais. Mas, para ela, o adoecimento emocional dos pais refere-se a um segundo momento, onde os pais, diante da dificuldade do RN/lactente passam a apresentar estado de sofrimento mental que pode evoluir para psicopatologias. Ou seja, são os pais que podem adoecer diante da dificuldade do filho e não o contrário. Como consequência, os pais adoecidos desistiriam de investir no estabelecimento do laço social com o RN/lactente, cansados e desiludidos de sua investidura sem respostas. O que poderia piorar o quadro do RN/lactente sem intervenção.

Sobre a depressão materna, afirma que o quadro da mãe poderia causar um estado depressivo reativo no RN/lactente, estado este que poderia ser confundido com risco psíquico. No entanto, o RN/lactente deprimido é facilmente identificado na relação com o analista, pois, não estando o analista fechado em seu sofrimento interage com o RN/lactente de forma leve e efetiva, demonstrando assim a capacidade de estabelecer laço social neste RN/lactente. Ele não o faz com sua mãe porque esta não encontra-se disponível para tal devido a seu sofrimento psíquico. Nesse contexto o presente estudo encontrou dados que apontam a saúde mental materna é impactada pelos eventos que acometem o RN de modo importante. Também mostra-se interessante salientar o achado deste estudo quanto ao IRDI 5 (“Há troca de olhares entre a mãe e a criança?”), cuja presença do indicador mostrou-se significativa para a ausência de estresse materno. Este dado sugere que essa troca de olhar entre mãe e RN seria importante para a saúde mental da mãe. É fato que todos os RN que tiveram o IRDI 5 ausente eram prematuros extremos e tiveram os maiores tempos de exposição à internação em



UTIN, ou seja, as mães apresentaram estresse na ausência desse IRDI, mas elas já apresentavam estresse devido a outros elementos segundo as análises estatísticas, a exposição do RN à internação em UTIN e o tempo de internação do RN em UTIN. Estudos com populações maiores, com RNT sem intercorrências poderão elucidar o impacto da ausência do IRDI 5 sobre a presença ou não de estresse materno.

Ainda sobre o achado relacionado ao IRDI 5, os que não o apresentaram contavam todos com menos de 36 semanas de IG corrigidas na primeira avaliação, pois eram RNPT extremos. A dificuldade em trocar olhares pode estar relacionada a imaturidade neurológica, uma vez que o desenvolvimento da visão inicia por volta da vigésima nona semana de gestação com reflexo a luz, mas só apresenta capacidade de visualizar o rosto materno a partir da trigésima sexta semana de IG (BRAZELTON *et al*, in SOUZA; PUGLIUCA, 1998). Portanto, a ausência do IRDI 5 pode, nestes casos estar relacionada à imaturidade neurológica dos participantes. Também é importante salientar que se trata de uma população de risco para o desenvolvimento visual, como salientam Souza e Pagliuca (1998), pois o isolamento na incubadora e a oxigenoterapia dificultam a estimulação visual e também são propensos a retinopatia da prematuridade. Dessa forma, a IG deve ser considerada quando da primeira etapa de avaliação do IRDI 5, mas isso não invalida o instrumento, pois o mesmo é realizado em duas etapas por fase. Espera-se que o IRDI 5 esteja conquistado até 3 meses e 29 dias, idade em que geralmente se realiza a segunda aplicação do instrumento e a maturação neurológica permite a troca de olhares com a mãe. A aplicação se dá em duas fases justamente para que a partir da primeira seja oferecido aos pais orientações a respeito do manejo para o seu desenvolvimento, ou mesmo se inicie um processo de intervenção profissional, para que seja alcançado até a idade limite ideal. É neste sentido que os desenvolvedores do instrumento falam de uma intervenção a tempo (KUPFER *et al.*, 2010).

Ainda sobre a questão visual, o estudo de Beltrame *et al.* (2018) acompanharam 40 lactentes dos três meses e meio até 1 ano de idade corrigida, sendo 20 deles a termo e 20 prematuros. O estudo buscou avaliar se havia correlação entre perfil sensorial e risco psíquico (avaliado a partir dos instrumentos PREAUT e IRDI). O elemento de alteração no perfil sensorial, na amostra total, que apresentou correlação significativa com risco psíquico, tanto no PREAUT quanto no IRDI, foi o processamento visual. “[...] pode-se pensar que a maneira como os ‘bebês’ se comportam diante dos estímulos visuais do dia-a-dia podem ser

indicadores de risco ao desenvolvimento e estarem relacionados com sua constituição psíquica” (BELTRAME, *et al* 2018, p. 15). Aos quatro meses o subgrupo RNPT apresentou correlação entre déficits no processamento auditivo e risco psíquico no PREAUT e processamento visual e risco psíquico quando relacionados aos protocolo IRDI. Aos 9 meses houve correlação entre risco psíquico avaliado pelo PREAUT e controle oculomotor, nesse mesmo subgrupo. Desta forma, concluiu que há relação entre perfil sensorial, risco psíquico e idade gestacional.

### 5.3 RISCO PSÍQUICO E EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

O impacto da exposição à internação em UTIN num grupo de RN de risco para o desenvolvimento sobre o risco psíquico foi um dos norteadores do presente estudo. O RN atravessou uma experiência potencialmente traumática segundo a literatura (DIAS, 2010; VORCARO, 2010; VANIER, 2013), portanto, avaliar o impacto sobre a constituição subjetiva mostra-se interessante do ponto de vista de prevenção na área de saúde mental. Sendo assim, os resultados do presente estudo demonstram que 34,6% da amostra total tinham 2 ausências ou mais no IRDI na primeira avaliação, sendo divididos de forma semelhante entre os RN expostos à internação em UTIN, 38,5% e os não expostos 30,8%, não havendo diferença significativa entre os dois grupos. O tempo de exposição à internação em UTIN, bem como os procedimentos invasivos orofaciais não apresentaram significância estatística na amostra avaliada quanto a associação ao risco psíquico. Estudos com amostras maiores poderão esclarecer este achado.

Um dos elementos que levam os RN a necessitarem de internação em UTIN é a prematuridade, desta forma o presente estudo verificou a associação entre prematuridade em si e risco psíquico, concluindo que a IG apresenta associação significativa com o risco psíquico independente da exposição ou não à internação em UTIN. Em consonância com o presente estudo, Hoogstraten *et al.*, (2018<sup>1</sup>) encontraram incidência de duas ausências ou mais no IRDI em 40% dos RNPT avaliados aos quatro meses, no grupo de RNT a incidência foi de 27,27%, encontrando assim associação entre prematuridade e risco psíquico. O mesmo grupo foi avaliado (HOOGSTRATEN *et al.*, 2018<sup>2</sup>) também a partir do instrumento PREAUT e de modo geral verificaram que a partir dos dois instrumentos os RNPT

apresentavam 11% mais risco psíquico do que os RNT. As autoras lançam mão da hipótese de que o elemento associado a tais achados na população de RNPT seja o fato de muitos terem sido submetidos a internação em UTIN, por longos períodos, de até 60 dias (2018<sup>1</sup>). Importante salientar que o estudo excluiu lactentes que apresentassem condições de saúde que pudessem prejudicar o desempenho na avaliação por questões neurológicas como síndromes genéticas, lesões neurológicas ou déficits sensoriais (HOOGSTRATEN, *et al.*, 2018<sup>2</sup>). No entanto, o presente estudo avaliou associação entre risco psíquico e a exposição à internação em UTIN, bem como risco psíquico e o tempo de exposição à internação em UTIN e não houve significância estatística. Quanto ao risco psíquico aos quatro meses, o presente estudo encontrou 100% de IRDI presentes. Este elemento pode estar relacionado a amostra insuficiente e ter se dado ao acaso, no entanto, lança-se a hipótese de que dois fatores possam estar associados a este achado. De forma temporal, primeiramente há as características da UTIN da qual 92,3% dos RN eram provenientes, Maternidade Dona Catarina Kuss. E secundariamente ao fato de estarem todos inseridos num Serviço de Seguimento ao RN de Risco para o Desenvolvimento orientado dentre outros eixos à promoção de saúde mental materno-infantil.

Sendo assim, lança-se a hipótese que todo o processo de humanização da MDCK, aliado ao seguimento oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde através do NASF, estiveram associados aos bons resultados encontrados quanto ao risco psíquico e também estresse materno (exposto no item 5.1). Estudos com populações maiores se mostram importantes para avaliar o real impacto da intervenção, não precoce, mas a tempo, sobre o risco psíquico.

#### 5.4 RISCO PSÍQUICO E DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

Uma das variáveis interferentes avaliadas no presente estudo foi o desenvolvimento neuropsicomotor, buscou-se verificar a associação entre Risco Psíquico através do IRDI e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor a partir do Denver II. Chegou-se ao resultado de que na amostra estudada não houve relação entre risco psíquico e desenvolvimento neuropsicomotor. Os achados do presente estudo são opostos aos encontrados por Bartogarai (2017) que conduziu um estudo no sul do Brasil com 15 RNPT em comparação com 15 RNT, com os instrumentos

IRDI e PREAUT para avaliação do risco psíquico e Denver II para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor. Suas análises evidenciaram que a prematuridade tardia isoladamente não interferiu no desenvolvimento infantil durante o primeiro ano de vida. Os RN em risco psíquico, avaliados pelo IRDI, apresentaram desempenhos qualitativamente inferiores no desenvolvimento psicomotor no que diz respeito a instabilidade psicomotora, construção inadequada de esquema corporal bem com da imagem corporal, dificuldades na capacidade de imitação e antecipação quanto aos gestos maternos. Quando a avaliação deu-se a partir do PREAUT, os achados foram de associação com atrasos no desenvolvimento motor grosso e fino, considerando a amostra total. Estudos com amostras maiores se fazem importantes para elucidar os achados, uma vez que em ambos os estudos as amostras são semelhantes, no que diz respeito a número de participantes e critérios de inclusão e exclusão.

## 5.5 A IMPORTÂNCIA PSICOSSOCIAL DO INSTRUMENTO IRDI E SUA INSERÇÃO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO OPÇÃO DE BAIXO IMPACTO FINANCEIRO

A partir da verificação da associação entre sintomas depressivos e ansiosos e risco psíquico, Flores *et al.* (2013) sugerem a instalação de políticas públicas que levem em consideração o estado emocional materno no período pós-parto e intervenções precoces junto às díades. De igual maneira, os dados coletados no presente estudo levam a supor que a escolha de instrumentos de detecção precoce dos elementos relacionados à díade mãe/RN mostram-se relevantes para que seja oferecido atendimento qualificado o mais breve possível, com vistas a melhorar a qualidade de vida em saúde mental desta população, bem como prevenir a instauração de doenças mentais tanto na mãe quanto no RN. Diversos estudos já mencionados fizeram associações entre o sofrimento mental materno e elementos relacionados ao que chamamos de laço social entre mãe e RN. O número de intervenções ao longo deste estudo a despeito dos diagnósticos de estresse, DPP ou os quadros de risco psíquico, indicam que foi captado algo da ordem do sofrimento mental e o tratamento oferecido pode ter sido fundamental para que os resultados de outros autores não se repetissem.

Viaux Savelon *et al.* (2018), relatam que a identificação precoce de indicadores para dificuldades ou problemas no desenvolvimento psicológico, que

podem culminar em transtornos mentais posteriormente, mostra-se possível dentro do primeiro ano de vida, no entanto, instrumentos padronizados e validados para tal avaliação são raros e pouco difundidos dentre as equipes de saúde. Esta deficiência no campo da saúde do lactente prejudica um tipo de intervenção a tempo, ou seja, antes do estabelecimento da doença. Tais intervenções, têm se mostrado eficientes para um melhor prognóstico dos lactentes identificados como em risco.

A Lei 13.257, de 8 de março de 2016, conhecida como marco legal da primeira infância, trata da importância de readequações das políticas públicas de modo a abarcar a primeira infância, 0 a 6 anos, reconhecendo que o desenvolvimento desta população apresenta suas especificidades que precisam ser levadas em consideração no desenvolvimento das políticas, planos, programas e serviços, de modo a promover e garantir o seu desenvolvimento integral (BRASIL, 2016). Pouco tempo depois, a Lei 13.438, de 26 de abril de 2017, foi aprovada para garantir a aplicação de protocolo ou instrumento para detecção de risco psíquico. Em consonância com as citadas leis, o IRDI vem responder à premente necessidade de um olhar especializado e intervenções de modo a propiciar melhoria de saúde mental para a população de 0 a 18 meses.

Algum tempo antes da aprovação das leis, a saúde mental dessa população já vinha sendo discutida. Um levantamento a respeito do uso do IRDI nas políticas públicas no Brasil, realizado por Mariotto e Pesaro (2018), demonstrou que houve um grande interesse pela temática do risco psíquico e intervenções a tempo em meados dos anos 2000, inclusive por parte do Ministério da Saúde. Com isso, o instrumento IRDI e diversas orientações pautadas nele sobre avaliações e intervenções, além de materiais oficiais que orientavam os pais quanto à importância do desenvolvimento psicológico desde o nascimento passaram a figurar na saúde pública. No entanto, com o passar dos anos, parece ter havido um recuo por parte do Ministério quanto aos elementos psicológicos do desenvolvimento, voltando a focar majoritariamente em elementos físicos.

Ainda assim, as pesquisas e o uso do IRDI têm se mantido pelo resultado prático percebido pelos profissionais que observaram um benefício no uso do instrumento. Instituições como o Cismepar (Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema), Espaço Escuta, Hospital Pequeno Príncipe, APAEs do município de São Paulo, Departamento de Pediatria Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Associação de Assistência à

Criança com Deficiência (AACD) de São Paulo, diversas Unidade Básicas de Saúde e UTIN e instituições educacionais, tem mantido a utilização do IRDI, seja através de publicações, orientações e pesquisas em especial. Como efeito, as pesquisas apontam o instrumento como sendo de fácil manejo por diversos profissionais de nível superior das áreas de saúde e educação; que o instrumento contribui no processo de orientação aos usuários; que facilita o diálogo interdisciplinar sobre o lactente, trazendo os aspectos psicológicos que possam estar relacionados às diversas condições de saúde e que os resultados apresentados são de baixo impacto financeiro para os serviços que o utilizam (MARIOTTO; PESARO, 2018).

O levantamento de Mariotto e Pesaro (2018) demonstrou que o instrumento IRDI apresenta importante versatilidade e extrapolou a área da saúde, sendo adaptado ao uso na área da educação. Seu estudo de adaptação, descrito por Kupfer *et al.* (2016), foi realizado para viabilizar o uso em creches brasileiras, considerando que professores têm função importante no processo de constituição subjetiva dos lactentes na atualidade e podem contribuir para a melhora do quadro de sofrimento psíquico dos mesmos. Em sua primeira fase, constituiu-se de 9 meses de acompanhamento de 364 crianças, 107 professores, de 26 creches, dos municípios de São Paulo e Curitiba. Os pesquisadores (27 no total) frequentavam as creches, onde realizavam a aplicação do IRDI e diante de indicadores ausentes, discutiam os casos com as professoras, que eram orientadas a intervir. Geralmente quando da aplicação do instrumento na etapa seguinte, as crianças demonstravam ter alcançado o marco esperado para a fase do desenvolvimento. A intervenção na creche, realizada a partir do professor, portanto no contexto cotidiano da criança, foi suficiente para que de um grupo de 134 crianças que apresentaram ausência de IRDI 30% demonstrassem a conquista do indicador, sem a necessidade de tratamento clínico. Fadel *et al.*, (2017) relatam resultados do uso do IRDI em creches, onde os lactentes que apresentaram dois IRDI ou mais ausentes e passaram por intervenção, tiveram 1,7 maior qualidade de saúde psíquica aos três anos de idade do que os lactentes que tiveram os IRDI ausentes e não passaram por intervenção.

## 5.6 AS LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em relação à amostra deste estudo, o tempo de coleta de dados mostrou-se restrito para a composição de um número de participantes mais interessante para análises estatísticas com maiores índices de significância. O seguimento proposto foi acometido por diversas variáveis que culminaram em relevante perda de seguimento. Preocupados com a perda de seguimento nos estudos de coorte prospectivos na primeira infância, pois trata-se de um problema enfrentado em todo o mundo, Keys *et al.* (2019) estão conduzindo uma pesquisa de revisão sistemática no Canadá com o objetivo de levantar os elementos que levam a falhas no recrutamento e retenção de pais nos estudos e centros de seguimento de crianças de 0 a 36 meses. Objetivam ao término da pesquisa oferecer recomendações para que pesquisas futuras adotem estratégias mais eficientes de recrutamento e especialmente de retenção dos participantes nesta população.

Outro ponto que pode ter limitado a capacidade do estudo em levantar a frequência de estresse materno e risco psíquico foram a característica de humanização da UTIN de onde provinham os participantes do estudo e o fato de todos estarem inseridos num serviço voltado para oferecer suporte psicológico à mãe ao RN/lactente. O serviço trabalha no sentido de que mesmo diante da dificuldade do RN em apresentar as respostas que são dele esperadas, a mãe independente de seu estado emocional não abandone a função materna. Nesse contexto, a função materna passa a ser sustentada não mais pelas respostas do RN, mas pelo tratamento. Dessa forma, mostra-se possível que a mãe proporcione ao RN a experiência da suposição do sujeito e estabelecimento da demanda, essenciais nesse primeiro tempo do desenvolvimento.

No que diz respeito ao período que envolve a alta e a adaptação da família a uma rotina com um RN exposto à internação em UTIN, Ingram *et al.* (2017;2018) relatam a experiência de humanização da alta no Reino Unido. Estes pesquisadores avaliaram o impacto sobre as famílias de um processo de alta planejado com informações oferecidas de forma oral, somadas a um folheto explicativo sobre o que esperar na adaptação após a alta. Os 37 pais entrevistados sobre o programa de treinamento para ida para casa e suas respostas indicaram que se sentiam “extremamente positivos”, esperançosos, com sentimento de estarem no controle da situação. O fato de ter uma data prevista para a alta e orientações sobre o que



esperar foi descrito como positivo para que sentissem mais preparados para receber o RNPT em casa. A intervenção mesmo que pontual parece compartilhar das atribuições do seguimento ao qual os participantes do presente estudo fizeram parte: proporcionar aos pais condições de assumirem suas funções diante do RN.

O Brasil segue uma tendência de diversos países quanto ao processo de humanização das UTIN e cuidado voltado a saúde mental da díade mãe/RN. O presente estudo coletou dados de uma realidade em um município no interior de Santa Catarina onde o cuidado a esta população tem se mostrado intenso e, ao que tudo indica, com resultados efetivos. No entanto, esta não é uma realidade em todos os lugares. Embora o contato entre pais e RN sejam estimulados pela Organização Mundial da Saúde como um elemento importante para proporcionar o desenvolvimento e crescimento adequados do RN, além de reduzir o estresse (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Hei *et al.* (2016) descrevem o exemplo da China, onde sua equipe conduz pesquisas onde buscam construir protocolos de humanização que viabilizem o contato entre pais e RN durante o processo de internação em UTIN, baseado em experiências em outros países que relatam melhora geral da qualidade de vida de pais e RN com essa medida, inclusive queda nos níveis de estresse materno. Na China, os pais não podem entrar nas UTIN, havendo uma separação total entre mãe e RN durante todo o período de internação.

## 5.7 IMPORTÂNCIA DE MAIS ESTUDOS SOBRE O TEMA

De modo geral, pesquisas com amostras maiores se fazem pertinentes para a avaliação das variáveis descritas neste estudo. Numa revisão sistemática, Cook *et al.* (2018) avaliaram artigos que relacionavam sintomas de estresse pós-traumático perinatal e diversos elementos de condições de saúde dos lactentes, dentre eles a interação entre mãe e lactente e desenvolvimento infantil. Quanto a estes quesitos a análise do estudo concluiu que as relações se mostraram contraditórias, com qualidade metodológica insatisfatória. Dentre os problemas encontrados nos estudos estão amostra insuficiente, uso de medidas não validadas e validade externa limitada. Sugere estudos mais rigorosos para que as questões sejam elucidadas. Mesmo o presente estudo tratando de estresse e não estresse pós-traumático, vale ressaltar a importância do rigor no método e análise dos dados para que se evite

estudos tendenciosos. Apesar da amostra pequena o presente estudo levantou e tratou os dados de forma fidedigna.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve seu foco na relação mãe-RN/lactente e a proteção ao risco de transtornos mentais, partindo do princípio de que a prevenção ao seu surgimento ou agravamento podem ser realizados desde os primeiros quatro meses de vida. A população geral e mesmo os profissionais de saúde precisam deixar a visão de que a criança somente é passível de intervenção quando começa a expressar suas produções afetivas de modo consciente e intencional. É fundamental esclarecer que a constituição subjetiva acontece desde o nascimento e, portanto, os quatro primeiros meses, embora breves, são importantes. O RN/lactente até quatro meses é mais do que um aglomerado de funções fisiológicas a espera de maturação, é um sujeito psíquico em constituição com necessidades emocionais muito relevantes e não suprir tais necessidades os coloca em risco de não ter uma constituição subjetiva saudável.

Quanto ao momento de intervir junto às mães em sofrimento emocional a questão da objetividade é trazida à tona. Mesmo não havendo pontuação que indique uma estrutura adoecida nas mães, havia uma demanda em tratar de um sofrimento emocional. O momento da intervenção mostra-se como significativamente subjetivo. Mesmo que não haja transtorno mental instalado o sofrimento traz perda de qualidade de vida. Neste momento coloca-se um questionamento às equipes de saúde: é preciso esperar adoecer para intervir? Fica claro que enquadrar o emocional em testagens e análises estatísticas é um trabalho incompleto, pois existem elementos multifatoriais e únicos que podem trazer sofrimento para cada sujeito psíquico, sem que esteja constituída uma doença mental conforme descrições nos manuais de psicologia e psiquiatria.

Por esta razão, o trabalho em saúde mental durante o período de internação na UTIN e após a alta, nos seguimentos aos RN de risco, se fazem imperiosos e, não apenas na figura do psicólogo/psicanalista, mas que toda a equipe esteja banhada por um discurso humanizado, que aqui se entenda como um discurso que resgate a humanidade da mãe em sofrimento e sustente o sujeito a advir na figura do RN. Considerando que o ser humano não é efeito somente do momento presente, mas de seu passado e, ainda de seu futuro.

Mostra-se essencial que estudos com populações maiores investiguem a realidade da saúde mental da díade mãe-RN/lactente e tragam ainda mais luz sobre

a atuação dos profissionais da área da saúde quanto ao manejo adequado dessas populações.

## 7 CONCLUSÕES

O presente estudo concluiu que a internação do RN em UTIN está associada ao estabelecimento do estresse materno, mas, não está associada a risco psíquico. O que confirma parcialmente a hipótese de que “A internação de RN em UTIN gera estresse materno e indicadores de risco psíquico em RN”. O achado quanto a saúde mental dos RN pode se justificar pelo fato de que o laço primordial subjetivante tenha sido preservado mesmo durante a internação ou tenha se restabelecido após o término desse período de maneira satisfatória.

Sobre o estresse materno, o mesmo mostrou-se associado ao maior tempo de exposição do RN à internação em UTIN. Os procedimentos invasivos orofaciais não apresentaram associação com estresse materno ou risco psíquico

Verificou-se na amostra total que as mães em sofrimento emocional, foram capazes de executar a função materna de modo a proporcionar desenvolvimento psíquico no RN. Aqui coloca-se a hipótese de que o suporte psicológico oferecido às díades contribuiu para que as mães sustentassem a função materna.

O estudo concluiu ainda que a população de prematuros mostra-se mais vulnerável a Risco Psíquico, independentemente de ter passado ou não pela internação em UTIN. E que o desenvolvimento psicológico pode ocorrer mesmo diante de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

Desta forma, é preciso um olhar especial às populações mais sensíveis ao desenvolvimento de Transtornos Mentais, tendo a intervenção a tempo como um aliado na prevenção ao surgimento ou agravamento dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

AULAGNIER, P. **A violência da interpretação do pictograma ao enunciado**. Rio de Janeiro, Imago: 1979.

AYERS, S., *et al.* Evaluation of expressive writing for postpartum health: a randomised controlled trial. **Journal of behavioral medicine**, v. 41, p. 5, p. 614–626, 2018. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6209049/>> Acesso em: 25 fev 2020.

BALLANTYNE, M. *et al.* Risk of developmental delay: Comparison of late preterm and full term Canadian infants at age 12 months. **Early Human Development**. V. 101 p. 27-32, out 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378378216300160?via%3Dihub>> Acesso em: 06 fev 2020.

BARBOSA, F. A. *et al.* Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p. 28-49, dez. 2010. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-65782010000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782010000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 09 dez. 2016.

BARTOGARAI, F. M. **Análise comparativa do desenvolvimento psicomotor de bebês prematuros e a termo com e sem risco psíquico. (Tese)** Programa de pós graduação em distúrbios da comunicação humana, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFMS). Santa Maria: 2017. Disponível em <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/12806>> Acesso em: 15 fev. 2020.

BATISTA, C. A. M. Por um bom início – Acompanhamento de bebês. *In*: KUPFER, M. C.; SZJER, M. (orgs). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções**. 2ed. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

BECK, C. T.; WOYNAR, J. Posttraumatic Stress in Mothers While Their Preterm Infants Are in the Newborn Intensive Care Unit: A Mixed Research Synthesis. **Advances Nursing Science**, v 40, n. 4, p. 337-355, out/dez 2017. Disponível em <[https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2017/10000/Posttraumatic\\_Stress\\_in\\_Mothers\\_While\\_Their.6.aspx](https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2017/10000/Posttraumatic_Stress_in_Mothers_While_Their.6.aspx)>. Acesso em: 05 jan 2020.

BELTRAME, V.; MORAES, A.; SOUZA, A. P. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 2, p. 229-239, ago. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/16476>>. Acesso em: 25 fev 2020.

BELTRAME, V.; MORAES, A.; SOUZA, A. P. Perfil sensorial e sua relação com risco psíquico, prematuridade e desenvolvimento motor e de linguagem por bebês de 12 meses. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 1, p. 8-18, 20 set. 2018. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/138550>> Acesso em: 23 jan 2020.

BENZIES, K. Relational Communications Strategies to Support Family-Centered Neonatal Intensive Care. **The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing**. v. 30, n 3, p. 233/236, jul/set 2016. Disponível em <<https://insights.ovid.com/article/00005237-201607000-00017>> Acesso em: 02 fev 2020.

BENZIES, K. M., *et al.* FICare Level II NICU Study Team Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**, v. 18, p. 467, 10 out 2017. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5634877/>> Acesso em: 08 dez 2019.

BOURQUE, C. J., *et al.* Improving neonatal care with the help of veteran resource parents: An overview of current practices. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 23, n. 1, p. 44-51, fev 2018. Disponível em: <[https://www.sfnmjournals.com/article/S1744-165X\(17\)30118-X/fulltext](https://www.sfnmjournals.com/article/S1744-165X(17)30118-X/fulltext)> Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. **Lei nº13.257, de 8 de março de 2016**, Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2016. Disponível em <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm)> Acesso em 22 fev 02 2020.

BRASIL. **Lei nº13.438, de 26 de abril de 2017**, Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-publicacaooriginal-152405-pl.html>> Acesso em 06 mar 2020.

BRASIL. **Portaria nº693, de 5 de julho de 2000**, Ministério da saúde, 2000. Disponível em <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693\\_05\\_07\\_2000.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html)> Acesso em 22/02/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>> . Acesso em 21 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=1139862&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/pnv>> . Acesso em 12 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>> . Acesso em 12 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Série a. Normas e Manuais Técnicos: Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRAZELTON, T. B., *et al.* A dinâmica do bebê. *In*: SOUSA; PAGLIUCA. Estimulação visual para recém-nascidos prematuros: Intervenção de enfermagem. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 51, n. 2, p. 189-206, abr./jun., 1998.

CABAS, A. G. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2010.

CHAVES M. P. C. T. Intervenções precoces e seus efeitos. *In*: SOUZA, A. P. R.; ZIMMERMANN, V. B. (Orgs.). **Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis.** São Paulo: Instituto Langage, 2016.

CHAVES, M. P. C. T. O lugar do analista na clínica com bebês. *In*: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.) **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê.** São Paulo: Instituto Langage, 2013.

CHENG, C. Evaluating the effect of Family Integrated Care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. **Journal of Reproductive and Infant Psychology.** v. 10, p. 1-14. Set 2019. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31502862>> Acesso em: 17 jan 2020.

CHERTOK, I. R. A., *et al.* Review of Interventions to Reduce Stress Among Mothers of Infants in the NICU. **Advances in Neonatal Care**, v. 14, n. 1, p. 30-37, 2014. Disponível em: <[https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/Abstract/2014/02000/Review\\_of\\_Interventions\\_to\\_Reduce\\_Stress\\_Among.8.aspx](https://journals.lww.com/advancesinneonatalcare/Abstract/2014/02000/Review_of_Interventions_to_Reduce_Stress_Among.8.aspx)> Acesso em: 26 jan 2020.

CHOURASIA, N. *et al.* NICU admissions and maternal stress levels. **The Indian Journal of Pediatrics.** v. 80, n. 5, p. 380-384, mai 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12098-012-0921-7>> Acesso em: 04 jan 2020.

CHOURASIA, N. *et al.* Stressors of NICU mothers and the effect of counseling-experience from a tertiary care teaching hospital, India. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.** v. 26, n. 6, p. 616-618. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/14767058.2012.743522?journalCode=ijmf20>> Acesso em: 02 dez 2019.

COHEN, D. *et al.* Importância do estudo das interações precoces mãe-bebê através de métodos automatizados do sinal social: aplicações à psicopatologia. *In*: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações.** São Paulo: Instituto Langage, 2017.

COOK, N., *et al.* Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 255, p.



18-31, jan 2018. Disponível em:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717311229?via%3Dihub>> Acesso em: 15 fev 2020

CRESTANI, A. H., *et al.* Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 847-856, ago. 2013. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000400013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 fev. 2020.

DAS, A., *et al.* Association of the previous history of maternal depression with post-partum depression, anxiety, and stress in the neonatal intensive care unit. **The Journal of Matern-Fetal & Neonatal Medicine**. v. 4, p. 1-6, ago 2019. Disponível em:  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2019.1647162>> Acesso em: 02 mar 2020.

DIAS, M. A. M. Amor materno e humanização dos cuidados ao recém-nascido pré-termo. *In*: BARBOSA, D. C.; PARTLATO-OLIVEIRA, E. **Psicanálise e clínica com bebês: Sintoma, Tratamento e Interdisciplina na Primeira Infância**. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

ENGEL, D. *et al.* Acompanhamento Terapêutico e a Relação Mãe-Bebê. **Psicologia Ciência Profissão**, Brasília, v. 34, n. 4, p. 1045-1058, dez. 2014. Disponível em  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932014000401045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000401045&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Dez. 2016.

FADEL, A. M.; *et al.* Acompanhamento pais-bebê na creche por meio da educação terapêutica: um caminho alternativo para a psicanálise com bebês. *In*: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.

FERRARI, A. G. *et al.* A potencialidade da metodologia IRDI na constituição do sujeito. *In*: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.

FERREIRA, S. S. Manhês: uma questão de estrutura. *In*: SALES, L. Org. **Pra que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade**. Salvador: Ágalma, 2005. Cap 1. P. 19-29.

FLORES, M. R. *et al.* Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 348-360, abr. 2013. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 fev. 2020.

FOLINO, C. S. G; SOUZA, A. S. L. *Blues* materno e a construção da parentalidade. *In*: KUPFER, M. C.; SZJER, M. (orgs). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções**. 2ed. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

FOLINO, C. S. G.; SOUZA, A. S. L. Reverberações do encontro mãe-bebê: sobre a depressão e a depressividade no pós-parto. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.) **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

GARFIELD, L., *et al.* Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. **Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 15, n. 1, p. E3–E8, fev. 2015. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4313576/>> Acesso em: 02 fev 2020.

GARTHUS-NIEGEL, S., *et al.* The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. **Journal of Affective Disorders**, v. 241, p. 71–79, 1 dez. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718303185?via%3Dihub>> Acesso em: 23 fev 2020.

GONDWE, K. W., *et al.* Emotional distress in mothers of early-preterm infants, late-preterm infants, and full-term infants in Malawi. **Nursing outlook**. v. 68, n. 1, p. 94–103, jan-fev 2020. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655418304901>> Acesso em: 05 jan 2020.

GRATIER, M. A melodia antes das palavras? O papel da voz nas primeiras trocas sociais do bebê. In: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.

HEI, M. *et al.* Is family integrated care in neonatal intensive care units feasible and good for preterm infants in China: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **Trials**. v. 17, n. 22, p. 1–8, jan 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4711020/>> Acesso em 20/02/2020.

HOLDITCH-DAVIS, D., *et al.* Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. **Infant behavior & development**, v. 41, p. 154–163, nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654120/>> Acesso em: 05 jan 2020.

HOOGSTRATEN, A. M. R. V.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B.<sup>1</sup> Indicadores clínicos de referência ao desenvolvimento infantil e sua relação com fatores obstétricos, psicossociais e sociodemográficos. **Saúde e pesquisa**. v. 11 n.3. 2018. Disponível em <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6733>> Acesso em 22 fev 2020.

HOOGSTRATEN, A. M. R. V.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B.<sup>2</sup> Complementarity between PREAUT grid and IRDI in the analysis of psychic risk at nine months of age and its relationship with gestational age. **CoDAS**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 1–9, out. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-)

17822018000500309&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 fev. 2020. Epub Oct 22, 2018.

HORSCH, A. *et al.* Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A Randomized Controlled Trial. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 47, n. 5, p. 780–791, 2015. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10578-015-0611-6>> Acesso em: 05 fev 2020.

INGRAM, J., *et al.* "Giving us hope": Parent and neonatal staff views and expectations of a planned family-centred discharge process (Train-to-Home). **Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy**, v. 20, n. 4, p. 751-759, ago 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/hex.12514>> Acesso em 22/02/2020.

INGRAM, J., *et al.* Preparing for Home: a before-and-after study to investigate the effects of a neonatal discharge package aimed at increasing parental knowledge, understanding and confidence in caring for their preterm infant before and after discharge from hospital. **Health Services and Delivery Research**, v. 4, n.10, mar. 2016. Disponível em: <[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349674/pdf/Bookshelf\\_NBK349674.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK349674/pdf/Bookshelf_NBK349674.pdf)> Acesso em 10 jan 2020.

JERUSALINSKY, A. *et al.* **Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil : apostila para capacitação**, 2000.

JERUSALINSKY, A. *et al.* **Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica**. 2009. Disponível em <[https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/valor\\_preditivo\\_de\\_indicador\\_2009\\_inedito.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/valor_preditivo_de_indicador_2009_inedito.pdf)>

JERUSALINSKY, A. Psicanálise com bebês: prevenção versus medicalização: a lei 13.438 aprovada no Brasil em de maio de 2017 e suas articulações com o IRDI (indicadores de risco psíquico para o desenvolvimento infantil. *In*: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais**. Vol 1. 2ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

KEYS, E. M., *et al.* Recruitment and retention of fathers with young children in early childhood health intervention research: a systematic review and meta-analysis protocol. **Systematic reviews**, v. 8, n. 1, p. 1-8, dez. 2019. Disponível em <<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-019-1215-1>> Acesso em 25 jan 2020.

KUPFER, M. C. *et al.* Metodologia IRDI nas creches: um acompanhamento do desenvolvimento psíquico na primeira infância. *In*: KUPFER, M. C.; SZJER, M.

(orgs). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções**. 2ed. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

KUPFER, M. C. M. *et al* . Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. [on line] v. 13, n. 1, p. 31-52, mar. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 jan. 2017.

LAZNIK, M. C.; CHAUVET, M. Tratamento psicanalítico de um bebê com risco de autismo e seu tratamento concomitante em sensoriomotricidade. *In*: SOUZA, A. P. R.; ZIMMERMANN, V. B. (Orgs.). **Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis**. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LAZNIK, M. C. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

LERNER, R., & KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo, São Paulo: Escuta (2008).

LESTER, B. M. *et al*. "Assessment and evaluation of the high risk neonate: the NICU Network Neurobehavioral Scale." **Journal of visualized experiments: JoVE**, v. 90, p. 1-9, 25 ago. 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828009/>> Acesso em: 13 jan 2020.

LIPP, M. E. N. (2000). **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MACKAY, L. J., *et al*.. A scoping review of parental experiences caring for their hospitalized medically fragile infants. **Acta Paediatrica**. jul. 2019. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.14950>> Acesso em: 15 jan 2020.

MAFRA. Secretaria Municipal de Saúde. **Olostech: sistema web para informatização da saúde pública municipal**. Mafra: 2017.

MAGALHAES, P M. de; FERIOTTI, M. de L. Atenção ao vínculo em neonatologia: Grupos Balint-Paideia - uma estratégia para lidar com a dor e a incerteza em situações-limite. **Vínculo**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 20-30, dez. 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-24902015000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 dez. 2016.

MARIOTTO, R. M. M.; BERNARDINO, L. M. F. Detecção de riscos psíquicos em bebês de berçários de centros municipais de educação infantil de Curitiba. *In*: **Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, IX e Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia, III, 2009**. Curitiba: PUC, 2009, p. 2619 – 2630. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2821\\_1318.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/2821_1318.pdf)> Acesso em 03 jan 2017.

MARIOTTO, R. M. M.; PESARO, M. E. O roteiro iridi: sobre como incluir a ética da psicanálise nas políticas públicas. **Estilos clínicos**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 99-

113, abr. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282018000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282018000100007&lng=pt&nrm=iso). Acessos em 24 fev. 2020.

MARTIN JL., *et al.* Admission to psychiatric hospital for mental illnesses 2 years prechildbirth and postchildbirth in Scotland: a health informatics approach to assessing mother and child outcomes. **BMJ Open**, v. 1, n 7, p. 1-8, set. 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5588979/> Acesso em 25 jan 2020.

MATHELIN, Catherine. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MEDEIROS, M.M. **Páginas de um milagre: resgate histórico da Maternidade D. Catarina Kuss**. Mafra: Produção independente, 2019.

MUGHAL, M. K., *et al.* Parenting stress and development of late preterm infants at 4 months corrected age. **Research in Nursing & Health**, v. 40, n. 5, p. 414–423, out. 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28704577> Acesso em 02 fev 2020.

O'BRIEN, K. *et al.* Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: a multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. **The lancet: child & adolescent health**. v. 2, n. 4, p. 245-254, 01 abr 2018. Disponível em [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(18\)30039-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(18)30039-7/fulltext) Acesso em 23 dez 2019.

O'BRIEN, K., *et al.* Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia. **BMC pediatrics**, v. 15, n. 210, dez. 2015. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681024/> Acesso em: 01 mar 2020

OYETUNJI, A; CHANDRA, P. Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. **Psychiatry Research**, v. 284, fev. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119318803?via%3Dihub> Acesso em: 02 mar 2020.

PERGHER, D. N. Q.; CARDOSO, C. L.; JACOB, A. V. Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. **Estilos clínicos**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 40-56, abr. 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282014000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000100003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 10 dez. 2016.

PICHLER-STACHL, E., *et al.* Parental Stress Experience and Age of Mothers and Fathers After Preterm Birth and Admission of Their Neonate to Neonatal Intensive Care Unit; A Prospective Observational Pilot Study. **Frontiers in pediatrics**, v. 7, n. 439, out. 2019. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6821645/> Acesso em: 15 fev 2020.

PINELLI J, *et al.* Patterns of change in family functioning, resources, coping and



parental depression in mothers and fathers of sick new-borns over the first year of life. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 14, p. 156-165, out. 2008. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1355184108000513>> Acesso em 02 fev 2020.

RAMOS, A. S. M. B. Fatores Associados À Depressão Pós-Parto: Revisão Integrativa. **ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer**, Goiânia, v.15, n.27, p. 4-13, 2018. Disponível em <DOI: 10.18677/EnciBio\_2018A100> Acesso em 03 mar 2020.

ROGERS, C. E.; LENZE, S. N.; LUBY, J. L. Late preterm birth, maternal depression, and risk of preschool psychiatric disorders. **Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry**, v.52, n.3, p. 309-318, mar 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23452687/>>. Acesso em: 12 fev 2020

SAINT-GEORGES, C., *et al.* Motherese in interaction: at the cross-road of emotion and cognition? (A systematic review). **PloS one**, v. 8, n. 10, out. 2013. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3800080/>>. Acesso em 12 jan 2020.

SAMPAIO, M. A. *et al.* Resultados preliminares de um estudo qualitativo sobre a interação entre mãe e criança desnutrida grave, no contexto da hospitalização. **Revista Brasileira. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. s29-s35, Nov. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292007000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 dez. 2016.

SANDOZ, V., *et al.* Maternal postpartum depression symptoms are negatively associated with emotion regulation of children born very preterm. **Acta Paediatrica**. 2018. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.14712>> Acesso em: 09 fev 2020.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. **Política da Qualidade da Maternidade Dona Catarina Kuss**, 2018. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10349-maternidade-dona-catarina-kuss>>. Acesso em 06 de mar 2020.

SANTOS, H., *et al.* Relationship of Maternal Psychological Distress Classes to Later Mother–Infant Interaction, Home Environment, and Infant Development in Preterm Infants. **Research in nursing and health**, v. 39, n. 3, p. 175-186, jun 2016. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.21719>> Acesso em: 08 jan 2020.

SHAH, P. S., *et al.* The Canadian Preterm Birth Network: a study protocol for improving outcomes for preterm infants and their families. **CMAJ open**, v. 6, n. 1, p. E44–E49, jan. 2018. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5878956/>> Acesso em: 23 jan 2020

SINGER, L. T; *et al.* Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. **JAMA**, v. 281, p. 799-805, mar. 1999. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188947>> Acesso em: 11 de dez de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. São Paulo: 2012.

SOUSA; PAGLIUCA. Estimulação visual para recém-nascidos prematuros: Intervenção de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 51, n. 2, p. 189-206, abr/jun. 1998.

THEME FILHA, M. M. *et al.* Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159-167, abr 2016, <<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.020>> Acesso em 14 de dez 2019.

TOREZAN, Z. C. F.; AGUIAR, F. O sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. **Revista Mal-Estar Subjetividade**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 525-554, 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 21 fev. 2020.

VANIER, C. Os mecanismos operantes no desenvolvimento psíquico do bebê prematuro e os riscos eventuais de patologia. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.) **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

VARGHESE, M. A Study on Parental Stress in the Neonatal ICU Using Parental Stressor. **Pediatrics**, v. 135, n. 1, fev 2015. Disponível em <[https://pediatrics.aappublications.org/content/135/Supplement\\_1/S9.1/tab-article-info](https://pediatrics.aappublications.org/content/135/Supplement_1/S9.1/tab-article-info)> Acesso em 20/02/2020.

VARMA, J. R. *et al.* The level and sources of stress in mothers of infants admitted in neonatal intensive care unit. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 41, n.4, p.338-342, 2019. Disponível em <<http://www.ijpm.info/article.asp?issn=0253-7176;year=2019;volume=41;issue=4;spage=338;epage=342;aulast=Varma>> Acesso em 12 fev 2020.

VIAUX SVELON, S. *et al.* Dépister et prendre en charge les troubles du spectre de l'autisme en périnatalité. **Soins Psychiatrie**, v.39, n. 319, p. 33-39, nov. 2018. Disponível em <<https://www.em-consulte.com/article/1269854/alertePM>> Acesso em 22 de fev 2020.

VONDERHEID, SC. *et al.* Health Care Use Outcomes of an Integrated Hospital-to-Home Mother-Preterm Infant Intervention. **Journal Obstetric Gynecologia & Neonatal Nursing**, v.45, n. 5, p. 625-638, set/out. 2016. Disponível em <[https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(16\)30228-3/fulltext](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(16)30228-3/fulltext)> Acesso em: 03 jan 2020.

VORCARO, A. Urgência subjetiva do neonato em UTI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 617-634, dec. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Dez 2016.

WELCH, M. G., *et al.* Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. **Archives of Women's Mental Health**, v. 19, n. 1, p. 51–61, mar. 2015. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-015-0502-7>>. Acesso em 17 fev 2020.

WHITE-TRAUT, R. C., *et al.* Relationship between mother-infant mutual dyadic responsiveness and premature infant development as measured by the Bayley III at 6 weeks corrected age. **Early Human Development**, v. 121, p. 21–26, jun. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S037837821730511X?via%3Dihub>> Acesso em 25 jan 2020.

WHO. **Save the Children Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth**. Genebra: World Health Organization, 2012. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf?sequence=1)> Acesso em 15 abr 2020.

WHO. **Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn**. Genebra: World Health Organization 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/L%C3%ADvia%20e%20Fabiano/Desktop/Beb%C3%AAs%20de%20risco%20oms.pdf>> Acesso em 20 abr 2020.

ZEN, E. T. A clínica dos bebês separados: intervenção possível? *In*: KUPFER, M. C.; SZJER, M. (orgs). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções**. 2ed. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

ZEN, E. T.; TRIANE, I. Acompanhamento pós-alta de mães-bebês: prevenção via continuidade dos cuidados. *In*: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.

ZIMMERMANN, V. B.; MORI, J. S. M. Programa Bebês com Sinais de Risco em Saúde Mental: uma intervenção oportuna em bebês e uma formação oportuna de profissionais. *In*: SOUZA, A. P. R.; ZIMMERMANN, V. B. (Orgs.). **Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis**. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

ZIMMERMANN, V. B. 'Encontros' necessários para a constituição psíquica . *In*: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.



## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Adriane Celli e Orientanda Psicóloga Lívia dos Santos Paula – da Universidade Federal do Paraná, solicitamos ao senhor(a) \_\_\_\_\_ responsável legal pelo recém-nascido \_\_\_\_\_, autorização de sua participação na pesquisa intitulada: "Incidência de Estresse Materno e Indicadores de Risco Psíquico em Recém Nascidos que Passaram por Internação em UTI Neonatal", para podermos verificar a incidência de estresse materno e se o desenvolvimento psicológico dos recém-nascidos que passaram por internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) neonatal está dentro do esperado para cada etapa do desenvolvimento. Os resultados da pesquisa poderão direcionar estratégias e intervenções que possam prevenir alterações na área de saúde mental de mães e recém nascidos.

- a) O objetivo desta pesquisa é: Estimar a incidência de estresse materno e indicadores de risco psíquico em recém-nascidos que passaram por internação em UTI neonatal.
- b) Caso você autorize a participação de seu filho na pesquisa, será necessário: Entrevista para coleta de dados pessoais, informações socioeconômicas, histórico de nascimento e de internação hospitalar; Teste de Triagem do Desenvolvimento (DENVER II) para avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; Avaliação dos Indicadores de Risco Psíquico (IRDI); e do Nível de Estresse Materno através do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL).
- c) Para tanto você deverá comparecer à Unidade de Referência em Saúde do Recém Nascido, onde já realiza consultas de puericultura.
- d) Seu filho pode experimentar algum desconforto relacionado à manipulação no Denver II.
- e) A avaliação é indolor e realizada de maneira lúdica com materiais desenvolvidos especificamente para esta finalidade.
- f) Os benefícios esperados dessa pesquisa são referentes à possibilidade de seus resultados elucidarem questões psicológicas importantes no âmbito da saúde mental materna e do recém-nascido exposto à internação em UTI neonatal. Tais resultados poderão contribuir para a melhoria das práticas voltadas a esta população. Nem sempre você será diretamente beneficiado pela participação no estudo.
- g) As pesquisadoras responsáveis pelo estudo poderão ser localizadas nos seguintes endereços, Dra. Adriane Celli na Rua General Carneiro, 181 (Alto da Glória, Curitiba, PR), 14º andar, telefone (41) 3360-7980, e-mail [adrianecelli@yahoo.com.br](mailto:adrianecelli@yahoo.com.br); Psicóloga Lívia dos Santos Paula na Rua Gabriel Dequech, s/n (Centro Mafra, SC), 2º andar, telefone (47) 3645-3931 e-mail [livia.stos.paula@gmail.com](mailto:livia.stos.paula@gmail.com) de segunda a sexta, no horário das 8hs às 12h e das 13h às 16hs para esclarecer eventuais dúvidas e fornecer-lhe informações a qualquer tempo deste estudo ou após seu encerramento.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal \_\_\_\_\_ [rubrica]  
 Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE \_\_\_\_\_ [rubrica]  
 Orientador \_\_\_\_\_ [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |  
 CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |  
 Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br) – telefone (041) 3360-7259

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
 Parecer CEP/SD-PB.nº 2395791  
 na data de 23/11/2017. gth



- h) Sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser autorizar a participação de seu filho na pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está garantido e não será interrompido caso desista de participar.
- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, Dra. Adriane Celli e a Psicóloga Lívia dos Santos Paula. Se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação será de forma codificada, para que a **identidade de seu filho seja preservada e mantida sua confidencialidade**.
- j) O material obtido – questionários e inventários – será utilizado unicamente para essa pesquisa e destruído/descartado em local próprio ao término do estudo, dentro de 5 anos.
- k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa como transporte e exames não são de sua responsabilidade e o(a) senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- l) O(A) senhor(a) terá a garantia de que problemas como estresse materno e atrasos de desenvolvimento psíquico e neuropsicomotor verificados no estudo serão tratados pela pesquisadora Psicóloga Lívia dos Santos Paula, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Mafra e/ou encaminhados para serviços especializados de referência.
- o) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- p) Se você tiver dúvidas sobre os direitos do seu filho como participante da pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41)3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ responsável pelo menor \_\_\_\_\_ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei com sua participação. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Entendi que sou livre para interromper a participação de meu filho a qualquer momento sem justificar tal decisão e sem qualquer prejuízo para ele e sem que esta decisão afete seu atendimento.

Eu concordo voluntariamente em autorizar a participação dele neste estudo.

Mafra, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.  
Parecer CEP/SD-PB nº 239579/1  
na data de 23/11/2017 gth

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |  
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |  
Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

## APÊNDICE 2 – FICHA DE REGISTRO DE DADOS

RN: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

### DADOS MATERNOS

Idade: \_\_\_\_\_ Número de gestações: \_\_\_\_\_ Número de consultas: \_\_\_\_\_

Doenças prévias: \_\_\_\_\_

Intercorrências na gestação: \_\_\_\_\_

Gestação planejada: ( ) sim ( ) não Vínculo com o genitor: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ Horas de trabalho de parto: \_\_\_\_\_

### ASPECTOS EMOCIONAIS MATERNO

Histórico de Doença Mental: \_\_\_\_\_

Quando: \_\_\_\_\_

DPP (Edimburgo): ( ) não ( ) sim

Estresse (ISSL): ( ) não ( ) sim Fase: ( ) alerta ( ) resistência ( ) quase exaustão ( ) exaustão Predominância de sintomas: ( ) físicos ( ) psicológicos

### DADOS DO NASCIMENTO

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M ( ) Anormalidade do desenvolvimento sexual

Gemelar: ( ) sim ( ) Não

Idade gestacional: \_\_\_\_\_ Idade Corrigida: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

( ) PIG ( ) AIG ( ) GIG PC: \_\_\_\_\_ cm Comprimento: \_\_\_\_\_ cm

Bolsa Rota: ( ) sim ( ) Não Tempo: \_\_\_\_\_ horas

Reanimação: ( ) Não ( ) VPP ar ambiente ( ) VPP O<sub>2</sub> ( ) IT ( ) MC

Medicações: \_\_\_\_\_

Apgar: 1º minuto \_\_\_\_\_ 5º minuto \_\_\_\_\_

Utilização de CPAP: ( ) sim ( ) Não IT por dificuldade respiratória ( ) sim ( ) Não

### DADOS DA INTERNAÇÃO EM UTI

UTI: ( ) sim ( ) Não Tempo: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Medicações: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: ( ) Cardiopulmonar ( ) Neurológico ( ) Infecções ( ) Outros \_\_\_\_\_

Nutrição enteral: ( ) sim ( ) Não Tipo: ( ) orogástrica ( ) nasogástrica ( ) parenteral Tempo: \_\_\_\_\_

Intubação: ( ) sim ( ) Não ( ) Oro ( ) Naso Tempo: \_\_\_\_\_

Uso de CPAP: Tempo: \_\_\_\_\_ BIPAP Tempo: \_\_\_\_\_ Oxitenda Tempo: \_\_\_\_\_

### RELAÇÃO COM A MÃE DURANTE A INTERNAÇÃO

Método canguru: ( ) sim ( ) não

Visitas à UTI: ( ) sim ( ) não Frequência: \_\_\_\_\_

Contato físico: ( ) sim ( ) não

Contato verbal: ( ) sim ( ) não

### APÊNDICE 3 – ARTIGO

FREQUÊNCIA DE RISCO PSÍQUICO E ESTRESSE MATERNO NO SEGUIMENTO AO RECÉM NASCIDO COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO NASF (NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA) NA CIDADE DE MAFRA (SC)

FREQUENCY OF PSYCHIC RISK AND MATERNAL STRESS IN FOLLOWING THE NEWBORN WITH RISK FOR THE DEVELOPMENT OF NASF (EXPANDED FAMILY HEALTH CENTER) IN THE CITY OF MAFRA (SC)

Lívia dos Santos Paula

Adriane Celli

Rosa Maria Marini Mariotto

#### Resumo

Anualmente, 8 a 10 milhões de recém-nascidos (RN) passam por unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) no mundo. O que expõe a problemas no desenvolvimento psicológico e estresse nos pais. O objetivo deste estudo foi descrever a frequência de estresse materno e indicadores de risco psíquico em RN que foram expostos a UTIN após a alta. Foi observacional, analítico, coorte, com amostra de 26 participantes (13 expostos e 13 não expostos). O Estresse Materno foi avaliado pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e o risco psíquico pelo IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil), 15 dias após a alta hospitalar e aos 4 meses de idade corrigida. O estudo encontrou associação entre estresse materno e exposição do RN à UTIN; entre estresse materno e tempo de exposição do RN à UTIN; entre risco psíquico e prematuridade. Não encontrou associação entre risco psíquico e estresse materno; não encontrou diferença na frequência de risco psíquico entre os grupos de RN. O estudo concluiu que a internação do RN em UTIN está associada a estresse materno, mas não a risco psíquico e que a prematuridade pode causar risco psíquico. Mães estressadas, em tratamento psicológico, foram capazes de formar laço com os RN.

Palavras-chave: Estresse materno; Risco psíquico; Saúde mental materno infantil; Desenvolvimento psicológico; Recém-nascido pré-termo.

#### Abstract

Annually, 8 to 10 million newborns go through a neonatal intensive care unit (NICU) worldwide. This exposes to problems in psychological development and stress in parents. The aim of this study was to describe the frequency of maternal



stress and indicators of psychic risk in newborns who were exposed to NICU after discharge. It was observational, analytical, cohort, with a sample of 26 participants (13 exposed and 13 not exposed). Maternal Stress was assessed by Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults and the psychic risk by the IRDI (Clinical Risk Indicators for Child Development), 15 days after hospital discharge and at 4 months of corrected age. The study found an association between maternal stress and exposure of newborn to NICU; between maternal stress and the time of exposure of the newborn to the NICU; between psychic risk and prematurity. There was no association between psychic risk and maternal stress; there was no difference in the frequency of psychic risk between the newborns groups. The study concluded that the hospitalization of newborns in NICU is associated with maternal stress, but not psychic risk and that prematurity can cause psychic risk. Stressed mothers, in psychological treatment, were able to form bond with newborns.

Keywords: Maternal stress; Psychic risk; Maternal and child mental health; Psychological development; Preterm newborn.

## INTRODUÇÃO

Os cuidados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são marcados pela alta tecnologia e pela urgência e precisão das ações no sentido de manter a vida dos recém-nascidos (RN). Os avanços na tecnologia de assistência neonatal têm possibilitado que RN de extremo baixo peso, pré-termos e acometidos por doenças perinatais sobrevivam (SBP, 2012).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019), anualmente cerca de 30 milhões de RN nascem prematuros e/ou com doenças que os forçam a necessitar de cuidados hospitalares além dos que envolvem o parto. Desses RN, entre 8 e 10 milhões necessitam de cuidados em UTIN para que possam sobreviver e se desenvolver. No campo da saúde mental, alguns estudos demonstram um aumento de incidência de psicopatologias em prematuros, tanto os extremos quanto os tardios (VANIER 2013; ROGERS; LENZE; LUBY, 2013). Alguns autores relacionam problemas no desenvolvimento psicológico do RN/lactente à separação ocasionada pela internação em UTIN entre eles e suas mães (MATHELIN 1999, VORCARO 2010).

Estudos sugerem que o estado emocional dos pais interferem no desenvolvimento psíquico da criança (MATHELIN 1999). Em relação a experiência dos pais quanto à internação do RN em UTIN, a mesma é apontada por diversos autores como um estressor parental (SINGER, et al, 1999; LESTER, et al, 2014;

VARGHESE, 2015; VARMA, et al., 2019), portanto, o seu acompanhamento mostra-se fundamental (GARTHUS-NIEGEL, et al, 2018).

Estudos demonstram que com apoio profissional é possível o reposicionamento dos pais em relação a suas funções subjetivas junto aos RN (ENGEL 2014). A intervenção deve ser feita sobre o RN durante a internação na UTIN (GARTHUS-NIEGEL et al., 2018) e também após a alta hospitalar (SBP,2012).

Quando o tema é a avaliação do estado mental de RN/lactentes, verifica-se que os instrumentos descritos na literatura com esta finalidade são raros, extensos e de realização complexa (LESTER, 2014).

No Brasil, entre 2000 e 2008, um grupo de pesquisadores caracterizou "indicadores psíquicos" para avaliar o desenvolvimento psicológico do lactente de 0 a 18 meses e orientar o trabalho dos profissionais em saúde mental. A Pesquisa IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil) definiu e validou estes indicadores de risco psíquico a partir das teorias de Freud, Winnicott e Lacan. São 31 indicadores de risco observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança – os IRDIs (JERUSALINSKY, et al, 2009; KUPFER et al, 2010; MARIOTTO; PESARO, 2018).

O presente estudo teve como objetivo descrever a frequência de estresse materno e de indicadores de risco psíquico em RN que foram expostos a UTIN. O acompanhamento ocorreu até os 4 meses de idade corrigida dos lactentes. A amostra foi retirada de uma população de risco para o desenvolvimento na saúde pública de um município do estado de Santa Catarina.

## MÉTODOS

Este foi um estudo observacional, analítico, coorte, ambispectivo. Com coleta dados de dezembro de 2017 a dezembro de 2018 no Seguimento de RN com Risco para o Desenvolvimento da Secretaria Municipal de Mafra, Santa Catarina, composto por psicóloga, fonoaudióloga e nutricionista do NASF (Núcleo de Ampliado de Saúde da Família).

A distribuição da população fonte, segundo a última atualização disponível no DATASUS, à época do desenho do estudo, no ano de 2015 encontra-se descrita no Quadro 1, a partir de um panorama nacional até a sede do estudo (BRASIL, 2017). Foram considerados alguns indicadores de saúde extraídos da Agenda de

Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004) que contribuem para o risco ao desenvolvimento, sendo asfixia grave (Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida), prematuros (IG inferior a 37 semanas), baixo peso ao nascer (inferior a 2500 gramas) e eventos perinatais que culminem na internação em UTIN.

QUADRO 1: DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO FONTE DE ACORDO OS DADOS DISPONÍVEIS NO DATASUS PARA O ANO DE 2015

	Nascidos vivos	Apgar menor que 6	IG inferior a 37 semanas	Peso inferior a 2500g
Brasil	3.017.668	20.388 – 0,68%	326.879 – 10,83%	254.688 – 8,44%
Santa Catarina	97.223	579 – 0,60%	10.515 – 10,82%	7.503 – 7,72%
Mafra	777	3 – 0,77%	88 – 11,33%	62 – 7,98%

Fonte: A autora, adaptado de BRASIL, 2017

A participação na pesquisa cumpriu os seguintes critérios de inclusão: ser residente no município de Mafra (SC); ter a anuência dos responsáveis a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE); ser considerado um RN de risco para o desenvolvimento, sendo um grupo com e outro sem exposição à internação em UTIN. Foram excluídos da amostra: RN que apresentaram condições clínicas graves que alteram o desenvolvimento neuropsicomotor tais como síndromes e sequelas neurológicas e RN que as mães retiraram o TCLE. Considerando tais elementos, a amostra constituiu-se de 26 participantes, sendo 13 expostos à internação em UTIN e 13 não expostos. Não foi utilizada técnica de amostragem, todos os todos os participantes elegíveis foram convidados a participar do estudo.

A variável exposição à internação em UTIN foi posicionada como Variável Independente e as variáveis Estresse Materno e Indicadores de Risco Psíquico foram posicionadas como Variáveis Dependentes, gerando as seguintes hipóteses: H0: A internação de RN em UTIN não gera Estresse Materno e Indicadores de Risco Psíquico em RN; H1: A internação de RN em UTIN gera Estresse Materno e Indicadores de Risco Psíquico em RN.

Para avaliação do Estresse Materno foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), que diagnostica o estresse e a fase em que o participante se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) aplicável a participantes de 15 a 75 anos (LIPP, 2000).

Para avaliação dos Indicadores de Risco Psíquico foi utilizado o protocolo “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” (IRDI). O instrumento tem como objetivo a detecção precoce de risco psíquico em RN/lactentes de 0 a 18 meses. São 31 indicadores clínicos de risco psíquico ou problemas do desenvolvimento infantil. A presença dos indicadores, separados por faixa etária, caracterizam um bom processo de constituição subjetiva e sua ausência risco para o desenvolvimento psicológico do RN/lactente (JERUSALINSKY, et al, 2000).

A coleta dos dados da Ficha de Registro de Dados elaborado pela autora (Apêndice II), aconteceu de forma retrospectiva junto ao prontuário do RN na Unidade de Saúde de referência. A coleta de dados referente ao Risco Psíquico constituída da aplicação do IRDI e os dados referentes ao estresse materno, através do ISSL ocorreram em até 15 dias após a alta hospitalar do recém-nascido, com nova aplicação em torno de 4 meses considerando a idade corrigida para prematuros.

Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica (Microsoft Excel, 2013) e exportados ao software SPSS 25.0 para análises estatísticas. O intervalo de confiança adotado foi de 95% (nível de significância  $p < 0,05$ ) para todas as análises inferenciais.

Para a descrição das variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central média e mediana, a medida de variabilidade desvio-padrão, mínimo e máximo. Para a descrição das variáveis qualitativas nominais foram calculadas a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%). A normalidade das variáveis quantitativas foi analisada com o Teste Shapiro Wilk e todas obtiveram distribuição não-normal. Dessa forma, a comparação das variáveis quantitativas em função de variáveis qualitativas nominais foi realizada com o Teste de Mann-Whitney. A associação entre as variáveis qualitativas nominais de duas categorias foi realizada com o Teste Exato de Fisher, e a associação entre as variáveis qualitativas de mais de duas categorias foi realizada com o Teste Qui-Quadrado de Pearson.

## RESULTADOS



Participaram do estudo 26 RN, a Tabela 1 apresenta a caracterização das variáveis idade cronológica e corrigida dos RN participantes do estudo na primeira avaliação. A amostra total (n=26) contava com mediana de idade de 39 semanas, mínimo de 37 e máximo de 50 semanas. A mediana considerando a idade corrigida foi de 38 semanas, sendo que o participante mais jovem a ser avaliado contava com 31 semanas e o mais maduro 41 semanas. Os RN expostos à internação em UTIN possuíam mediana de idade de 40 semanas de gestação, e idade corrigida de 39 semanas (Tabela 2).

TABELA 1 – IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO DA AMOSTRA TOTAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade cronológica em semanas - primeira avaliação	26	39	37	50
Idade corrigida em semanas – primeira avaliação	26	38	31	41

FONTE: A autora (2020)

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão

TABELA 2 – IDADE CRONOLÓGICA E IDADE CORRIGIDA NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018

Variável	UTI	n	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade cronológica em semanas - primeira avaliação	Não	13	38	37	40
	Sim	13	40	39	50
	Total	26	39	37	50
Idade corrigida em semanas – primeira avaliação	Não	13	37	36	39
	Sim	13	39	31	41
	Total	26	38	31	41

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; UTI=unidade de terapia intensiva

O estudo encontrou na primeira avaliação associação entre estresse materno e exposição do RN à internação em UTIN. Nas mães de RN que passaram pela internação em UTIN a frequência de estresse foi de 46% e 7% nas mães dos RN que não foram expostos à internação em UTIN ( $p=0,037$  – Tabela 3). Também houve associação entre estresse materno e tempo de exposição do RN à internação em UTIN ( $p=0,031$  – Tabela 4). Quanto ao IRDI, 34,6% (n=9) tiveram 2 ausências ou

mais, na primeira avaliação, o que sugere risco psíquico. Não houve associação entre risco psíquico e estresse materno. Não houve diferença na incidência de indicadores de risco psíquico entre os RN expostos e não expostos à internação em UTIN. Houve associação entre duas ausências ou mais (risco psíquico) e prematuridade ( $p=0,014$  – Tabela 5).

**TABELA 3 – ESTRESSE MATERNO NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS E NÃO EXPOSTOS A INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, SEGUIMENTO DE RN COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018**

		UTI		p
		Não	Sim	
Estresse materno primeira avaliação				
Não	n	12	7	0,037*
	%	46,2%	26,9%	
Sim	n	1	6	
	%	3,8%	23,1%	

FONTE: A autora (2020)

\* $p<0,05$  – Teste Exato de Fisher

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual; UTI=unidade de terapia intensiva

**TABELA 4 – COMPARAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E ESTRESSE MATERNO, RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS A UTIN PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018**

		Tempo de UTI						p
		n	Mediana	Mínimo	Máximo	Média	DP	
<b>Estresse materno</b>	<b>Não</b>	7	6,00	1,00	14,00	5,57	4,35	<b>0,031*</b>
	<b>Sim</b>	6	28,00	5,00	90,00	35,67	33,58	

FONTE: A autora (2020)

\* $p<0,05$  – Teste de Mann-Whitney

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão

**TABELA 5 – ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE GESTACIONAL E RISCO PSÍQUICO EM RECÉM-NASCIDOS EXPOSTOS À INTERNAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, NÃO EXPOSTOS E AMOSTRA TOTAL, PRIMEIRA AVALIAÇÃO, SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO, MAFRA (SC), DEZEMBRO 2017 A DEZEMBRO 2018**

UTI	Risco psíquico primeira avaliação	IG em semanas			
		n	Média	DP	p
Não	Normal	9	37,00	1,50	0,064
	2 Ausências ou mais	4	35,75	0,50	
Sim	Normal	8	36,88	3,23	0,054
	2 Ausências ou mais	5	30,80	4,32	
Total	Normal	17	36,94	2,38	0,014*
	2 Ausências ou mais	9	33,00	4,03	

FONTE: A autora (2020)

\* $p < 0,05$  – Teste de Mann-Whitney

Legenda: n=frequência absoluta; DP=desvio-padrão; IG=idade gestacional.

Na segunda avaliação, após intervenção psicológica sobre as díades, não foram encontradas anormalidades no IRDI e a incidência de estresse materno foi de 3,8%.

## DISCUSSÃO

### ESTRESSE MATERNO

O presente estudo demonstrou que as mães que têm seus filhos expostos à internação em UTIN apresentam mais estresse (46,2%) do que mães de RN que não foram expostos (7,7%), demonstrando associação entre estresse materno e internação do RN em UTIN. Também indicou que o tempo de exposição à internação em UTIN foi um fator de aumento na frequência de estresse materno. Ou seja, as mães apresentaram dificuldade em suportar maiores períodos de internação na UTIN.

A partir de um instrumento específico para avaliação de níveis de estresse para pais de RN internados em UTIN, Varghese (2015) avaliou 343 pais no norte da Índia, onde chegou à conclusão de que mães de RN expostos apresentam altos níveis de estresse, o mesmo resultado foi encontrado por Chourasia (2013), ao avaliar 100 mães de RN internados em UTIN. No presente estudo as mães que tiveram os filhos expostos à internação em UTIN apresentavam mais estresse do que as mães que não tiveram seus filhos expostos, mesmo após a alta hospitalar,

demonstrando que pode haver persistência do estresse mesmo após o encerramento do tempo de exposição.

Foi encontrado apenas um estudo que abarcou o estresse materno após a alta hospitalar de mães que tiveram os RN expostos à internação em UTIN. O que leva a questionar de que forma as mães vêm sendo tratadas no seguimento ao RN de risco para o desenvolvimento no mundo todo, em especial no Brasil. Nos Estados Unidos, Holditch-Davis (et al, 2015) se empenharam em descrever os padrões de sofrimento de mães que tiveram os RNPT expostos à internação em UTIN. Foram analisadas 232 mães e como resultado encontraram 52 mães com baixa angústia; 57 mães com sofrimento moderado; 20 mães com alto nível de depressão e ansiedade; 78 mães com níveis elevados de estresse; 20 mães com altos níveis de depressão e ansiedade e 25 mães com extrema angústia. A avaliação foi feita durante o período de hospitalização e as mães foram reavaliadas durante o primeiro ano de vida da criança, apontando persistência da maioria dos sintomas em diferentes níveis ao longo do período de estudo. Mas, não houve intervenção sobre a amostra estudada. A persistência de sintomas de sofrimento emocional até um ano após sua avaliação, demonstra a importância de políticas públicas voltadas à avaliação e acompanhamento específico para esta população. O presente estudo encontrou uma incidência de 26,9% de estresse na primeira avaliação e 3,8% na segunda avaliação, ao se considerar apenas o subgrupo de mães que tiveram o exposto à internação em UTIN. Importante considerar que em todos os casos detectados e também os que haviam queixas relacionadas ao estresse, mesmo que não tenham indicação de diagnóstico pontuados nos questionários de avaliação, receberam intervenção na forma de aconselhamento psicológico. O fato de a amostra ser pequena pode ter sido importante para que todas as mães recebessem intervenção e assim levanta-se a hipótese de que o tratamento precoce sobre os sintomas de estresse sejam efetivos em sua redução.

As propostas de intervenção que focam num seguimento da díade mãe-RN/lactente após a alta hospitalar encontradas são de orientação psicanalítica. As mesmas falam da importância do seguimento, mas a maioria das intervenções são focadas no desenvolvimento psicológico do RN. As mães são acolhidas para a intervenção em função de riscos supostos ou encontrados para a constituição subjetiva do RN (ZIMMERMANN, 2017; ZEN; TRIANE, 2017). Poucas propostas de intervenção partiram do sofrimento materno para acolher as díades em atendimento

(PERGHER, et al, 2014). Dessa forma, a mãe parece ser compreendida enquanto acessório à constituição psíquica do RN. As mães em sofrimento mental, mas que apresentam RN/lactentes em bom estado de saúde mental podem estar perdendo a oportunidade de intervenções precoces, o que pode proporcionar agravamento dos quadros ao longo do tempo. Pesquisas nesse sentido podem se mostrar frutíferas no que diz respeito à saúde mental da mulher.

## RISCO PSÍQUICO

O presente estudo procurou compreender se quando as mães atravessam a experiência estressante de ter o RN internado em UTIN, têm sua capacidade de exercer a função materna afetada de modo a impedir que satisfaçam as necessidades psíquicas básicas ao desenvolvimento psicológico do RN, o que pode ser verificado pela presença de risco psíquico.

Achados na literatura descrevem de formas variadas o impacto do histórico de doença mental na saúde e desenvolvimento de crianças. No estudo de validação da Escala da Rede Neurobehavioral em UTIN, conduzido por Lester (et al, 2014), encontraram fatores protetores para o neurodesenvolvimento em RNPT sem diagnósticos clínicos além da prematuridade, sendo eles: cuidados voltados a estimular o neurodesenvolvimento ainda no período de internação na UTIN; envolvimento familiar; satisfação dos pais; menos depressão materna e menores índices de estresse parental.

Santos (et al, 2016), levantaram sinais de sofrimento psicológico em 229 mães e o efeito disso na relação e desenvolvimento de RNPT. Os resultados indicaram que mães em sofrimento apresentaram dificuldades em estimular o desenvolvimento do lactente aos dois e seis meses de idade corrigida. Aos 12 meses continuavam com dificuldades em estimular o desenvolvimento cognitivo de forma mais amena e de forma mais significativa o desenvolvimento motor. Chama a atenção que embora tenham dificuldades na estimulação, não apresentaram dificuldades significativas de desenvolver um envolvimento positivo com os lactentes do ponto de vista afetivo. Mughal (et al, 2017) avaliaram o impacto do estresse no desenvolvimento neuropsicomotor de 108 RNPT tardios aos quatro meses de idade corrigida, verificando que o estresse materno estava associado significativamente a resultados ruins na habilidade de interação pessoal-social do lactente e também no

desenvolvimento motor grosso. O presente estudo encontra concordância com os achados de Santos (et al, 2016), pois ao afirmarem que o sofrimento psicológico da mãe não afetou sua capacidade de desenvolver envolvimento positivo afetivo com os lactentes, possibilita fazer um correlato com a capacidade de estabelecer laço social entre mãe com estresse e RN, o que foi verificado através do IRDI.

Laznik (2016), ao falar de risco psíquico, afirma que o mesmo não pode ser atribuído ao estado psicopatológico dos pais. Por muito tempo a literatura trabalhou com a hipótese de que o risco psíquico fosse efeito do estado emocional dos pais, mas para ela o adoecimento emocional dos mesmos refere-se a um segundo momento, onde os pais, diante da dificuldade do RN/lactente passam a apresentar um estado de sofrimento mental que pode evoluir para psicopatologias. Ou seja, são os pais que podem adoecer diante da dificuldade do filho e não o contrário. Como consequência, os pais adoecidos desistiriam de investir no estabelecimento do laço subjetivante com o RN/lactente, cansados e desiludidos de sua investidura sem respostas. O que poderia piorar o quadro do RN/lactente sem intervenção. Nesse contexto o presente estudo encontrou dados que apontam que a saúde mental materna é impactada pelos eventos que acometem o RN de modo importante, sendo fundamental o acolhimento da díade em tratamento quando necessário.

Outro ponto que o presente estudo buscou verificar foi o impacto sobre o desenvolvimento psicológico da exposição à internação em UTIN para os RN, o que foi realizado através da avaliação do risco psíquico. O RN atravessou uma experiência potencialmente traumática segundo a literatura (VORCARO, 2010; VANIER, 2013), portanto, avaliar o impacto sobre a constituição subjetiva mostra-se interessante do ponto de vista de prevenção na área de saúde mental. Sendo assim, os resultados do presente estudo demonstram que na primeira avaliação 34,6% da amostra total tinham 2 ausências ou mais de indicadores de desenvolvimento psicológico, o que sugere risco psíquico, sendo divididos de forma semelhante entre os RN expostos à internação em UTIN, 38,5% e os não expostos 30,8%, ou seja, não houve diferença significativa entre os dois grupos. O tempo de exposição à internação em UTIN, bem como os procedimentos invasivos não apresentaram significância estatística na amostra avaliada quanto a associação ao risco psíquico.

Um dos elementos que levam os RN a necessitarem de internação em UTIN é a prematuridade, desta forma o presente estudo verificou a associação entre prematuridade em si e risco psíquico, concluindo que a IG apresenta associação

significativa com o risco psíquico independente da exposição ou não à internação em UTIN. Em consonância com o presente estudo, Hoogstraten (et al, 2018) encontrou incidência de duas ausências ou mais no IRDI em 40% dos RNPT avaliados aos quatro meses, no grupo de RNT a incidência foi de 27,27%, encontrando assim associação entre prematuridade e risco psíquico. O mesmo grupo foi avaliado (HOOGSTRATEN, et al, 2018) também a partir do instrumento PREAUT e de modo geral verificaram que a partir dos dois instrumentos os RNPT apresentavam 11% mais risco psíquico do que os RNT. As autoras lançam mão da hipótese de que o elemento associado a tais achados na população de RNPT seja o fato de muitos terem sido submetidos à internação em UTIN, por longos períodos, de até 60 dias (20181). Importante salientar que o de Hoogstraten et al (20182) estudo excluiu lactentes que apresentassem condições de saúde que pudessem prejudicar o desempenho na avaliação por questões neurológicas como síndromes genéticas, lesões neurológicas ou déficits sensoriais. No entanto, o presente estudo avaliou associação entre risco psíquico e a exposição à internação em UTIN, bem como risco psíquico e o tempo de exposição à internação em UTIN e não houve significância estatística que acusasse tal associação. Quanto ao risco psíquico, aos quatro meses, o presente estudo encontrou 100% de IRDI presentes. Este elemento pode estar relacionado a amostra insuficiente e ter se dado ao acaso, no entanto, lança-se a hipótese de que dois fatores possam estar associados ao achado. De forma temporal, primeiramente há as características da UTIN da qual 92,3% dos RN eram provenientes, Maternidade Dona Catarina Kuss (MDCK).

A MDCK, em sua política de qualidade garante aos seus usuários, assistência de qualidade, segura e humanizada com práticas favorecedoras do desenvolvimento integral levando em consideração os aspectos biopsicossociais envolvidos para a população de RN internados na UTIN. A instituição reconhece e promove a presença do acompanhante para a mãe, salientando a importância do mesmo para oferecer suporte físico e emocional durante a hospitalização da mãe. A maternidade fomenta a amamentação sempre que possível o que favorece o vínculo mãe/RN, oportunizando os benefícios desse laço o mais precocemente possível (SANTA CATARINA, 2018).

Aliada às características da maternidade, em segundo lugar, encontra-se as características do Serviço de Seguimento ao RN de risco para o desenvolvimento, do qual a amostra fazia parte. No seguimento, os RN de risco saem da maternidade



com dia e horário pré-agendados na Atenção Básica para acolhimento e avaliação por equipe interdisciplinar formada por psicóloga, nutricionista e fonoaudióloga. Este primeiro contato acontece em até 15 dias após a alta hospitalar. Quando necessário a intervenção em saúde se inicia nessa primeira consulta e segue de acordo com as necessidades da mãe e/ou do RN, podendo ser semanal ou quinzenal exclusivamente com psicóloga. Foi nesse primeiro contato que a primeira etapa de coleta de dados do presente estudo aconteceu. Independente da necessidade de intervenção ou não, todos os pacientes passam por retorno 30 dias após a primeira consulta, onde são novamente acolhidos e orientados. O calendário de seguimento repete consulta novamente aos quatro meses em média, momento em ocorreu a segunda coleta de dados desse estudo. Sendo assim, lança-se a hipótese que todo o processo de humanização da MDCK, aliado ao seguimento oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde através do NASF, estiveram associados aos bons resultados encontrados quanto ao risco psíquico e também estresse materno (exposto no item 5.1). Estudos com populações maiores se mostram importantes para avaliar o real impacto da intervenção, não precoce, mas a tempo, sobre o risco psíquico.

## CONCLUSÃO

O presente estudo concluiu que a internação do RN em UTIN está associada ao estabelecimento do estresse materno, mas, não está associada a risco psíquico. O achado quanto a saúde mental dos RN pode se justificar pelo fato de que o laço primordial subjetivante tenha sido preservado mesmo durante a internação ou tenha se restabelecido após o término desse período de maneira satisfatória.

Sobre o estresse materno, o mesmo mostrou-se associado ao maior tempo de exposição do RN à internação em UTIN.

Verificou-se na amostra total que as mães em sofrimento emocional, foram capazes de executar a função materna de modo a proporcionar desenvolvimento psíquico no RN, portanto, não houve associação entre estresse materno e risco psíquico. Aqui coloca-se a hipótese de que o suporte psicológico oferecido às díades contribuiu para que as mães sustentassem a função materna.

O estudo concluiu ainda que a população de prematuros mostra-se mais vulnerável a Risco Psíquico, independentemente de ter passado ou não pela internação em UTIN.

Desta forma, é preciso um olhar especial às populações mais sensíveis ao desenvolvimento de Transtornos Mentais, tendo a intervenção a tempo como um aliado na prevenção ao surgimento ou agravamento dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>>. Acesso em 21 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Série a. Normas e Manuais Técnicos: Brasília: 2004.

CHOURASIA, N. *et al.* NICU admissions and maternal stress levels. **The Indian Journal of Pediatrics**. v. 80, n. 5, p. 380-384, mai 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12098-012-0921-7>> Acesso em: 04 jan 2020.

ENGEL, D. *et al.* Acompanhamento Terapêutico e a Relação Mãe-Bebê. **Psicologia Ciência Profissão**, Brasília, v. 34, n. 4, p. 1045-1058, dez. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932014000401045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000401045&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Dez. 2016.

GARTHUS-NIEGEL, S., *et al.* The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. **Journal of Affective Disorders**, v. 241, p. 71–79, 1 dez. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718303185?via%3Dihub>> Acesso em: 23 fev 2020.

HOLDITCH-DAVIS, D., *et al.* Patterns of psychological distress in mothers of preterm infants. **Infant behavior & development**, v. 41, p. 154-163, nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654120/>> Acesso em: 05 jan 2020.

HOOGSTATEN, A. M. R. V.; SOUZA, A. P. R.; MORAES, A. B. Indicadores clínicos de referência ao desenvolvimento infantil e sua relação com fatores obstétricos, psicossociais e sociodemográficos. **Saúde e pesquisa**. v. 11 n.3. 2018. Disponível em <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6733>> Acesso em 22 fev 2020.

JERUSALINSKY, A. *et al.* **Valor preditivo de indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica**. 2009. Disponível em <[https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/valor\\_preditivo\\_de\\_indicador\\_2009\\_inedito.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/valor_preditivo_de_indicador_2009_inedito.pdf)>

KUPFER, M. C. M. *et al.* Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**. [on line] v. 13, n. 1, p. 31-52, mar.

2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 03 jan. 2017.

LAZNIK, M. C.; CHAUVET, M. Tratamento psicanalítico de um bebê com risco de autismo e seu tratamento concomitante em sensoriomotricidade. *In*: SOUZA, A. P. R.; ZIMMERMANN, V. B. (Orgs.). **Inserção de crianças e adolescentes na cultura: caminhos possíveis**. São Paulo: Instituto Langage, 2016.

LESTER, B. M. *et al.* "Assessment and evaluation of the high risk neonate: the NICU Network Neurobehavioral Scale." **Journal of visualized experiments: JoVE**, v. 90, p. 1-9, 25 ago. 2014. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828009/>>. Acesso em: 13 jan 2020.

LIPP, M. E. N. (2000). **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

MACKAY, L. J., *et al.* A scoping review of parental experiences caring for their hospitalized medically fragile infants. **Acta Paediatrica**. jul. 2019. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.14950>> Acesso em: 15 jan 2020.

MARIOTTO, R. M. M.; PESARO, M. E. O roteiro IRDI: sobre como incluir a ética da psicanálise nas políticas públicas. **Estilos clínicos**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 99-113, abr. 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282018000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282018000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 24 fev. 2020.

MATHELIN, Catherine. **O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MUGHAL, M. K., *et al.* Parenting stress and development of late preterm infants at 4 months corrected age. **Research in Nursing & Health**, v. 40, n. 5, p. 414–423, out. 2017. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28704577>> Acesso em 02 fev 2020

PERGHER, D. N. Q.; CARDOSO, C. L.; JACOB, A. V. Nascimento e internação do bebê prematuro na vivência da mãe. **Estilos clínicos**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 40-56, abr. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282014000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282014000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 dez. 2016.

ROGERS, C. E.; LENZE, S. N.; LUBY, J. L. Late preterm birth, maternal depression, and risk of preschool psychiatric disorders. **Journal of the American Academy Child Adolescent Psychiatry**, v.52, n.3, p. 309-318, mar 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23452687/>>. Acesso em: 12 fev 2020

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado de Saúde. **Política da Qualidade da M.D.C.K.** 2018. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10349-maternidade-dona-catarina-kuss>> Acesso em 06 de mar 2020.

SANTOS, H., *et al.* Relationship of Maternal Psychological Distress Classes to Later Mother–Infant Interaction, Home Environment, and Infant Development in Preterm Infants. **Research in nursing and health**, v. 39, n. 3, p. 175-186, jun 2016. Disponível em <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.21719>> Acesso em: 08 jan 2020.

SINGER, L. T; *et al.* Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low-birth-weight infant. **JAMA**, v. 281, p. 799-805, mar. 1999. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188947>> Acesso em: 11 de dez de 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. São Paulo: 2012.

VANIER, C. Os mecanismos operantes no desenvolvimento psíquico do bebê prematuro e os riscos eventuais de patologia. *In*: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Orgs.) **O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

VARGHESE, M. A Study on Parental Stress in the Neonatal ICU Using Parental Stressor. **Pediatrics**, v. 135, n. 1, fev 2015. Disponível em <[https://pediatrics.aappublications.org/content/135/Supplement\\_1/S9.1/tab-article-info](https://pediatrics.aappublications.org/content/135/Supplement_1/S9.1/tab-article-info)> Acesso em 20/02/2020.

VARMA, J. R. *et al.* The level and sources of stress in mothers of infants admitted in neonatal intensive care unit. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 41, n.4, p.338-342, 2019. Disponível em <<http://www.ijpm.info/article.asp?issn=0253-7176;year=2019;volume=41;issue=4;spage=338;epage=342;aulast=Varma>> Acesso em 12 fev 2020.

VORCARO, A. Urgência subjetiva do neonato em UTI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 617-634, dec. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 09 Dez 2016.

WHO. **Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn**. Genebra: World Health Organization 2019. Disponível em: <<file:///C:/Users/L%C3%ADvia%20e%20Fabiano/Desktop/Beb%C3%AAs%20de%20risco%20oms.pdf>> Acesso em 20 abr 2020.

ZEN, E. T.; TRIANE, I. Acompanhamento pós-alta de mães-bebês: prevenção via continuidade dos cuidados. *In*: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.

ZIMMERMANN, V .B. ‘Encontros’ necessários para a constituição psíquica . *In*: OLIVEIRA, E. P.; COHEN, D. (orgs.) **O bebê e o outro: seu entorno e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.

ANEXO 1 – IRDI

Nome da criança: \_\_\_\_\_ ESE: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

- A aplicação do protocolo não ultrapassa 5 minutos em média e não necessita de material específico, utilizar materiais presentes no consultório ou objetos trazidos pela mãe;
- O protocolo deve ser aplicado duas vezes em cada faixa etária;
- Eixos: SS – suposto saber; ED – estabelecimento da demanda; PA – alternância presença/ausência; FP – função paterna;
- A relação refere-se ao cuidador principal da criança que pode ser a mãe ou não. Caso a criança não seja levada pelo cuidador principal descrever
- O protocolo deve ser preenchido logo após o término da consulta
- Quando necessário esclarecer algum ponto, dar preferência para perguntas indiretas, evitando a indução de respostas afirmativas ou negativas apenas. Preferir perguntas amplas que possibilitem uma explanação mais completa por parte da mãe sobre o tema.
- Indicador: P = Indicador presente; A = Indicador ausente\*; NV = Indicador não verificado\*\*

\*o indicador encontra-se ausente quando, durante a consulta, tem-se claro os momentos que o desencadeariam, mas não se observa reação por parte da criança ou por parte do cuidador. Quando ausente, incluir nota na coluna “Observações” que justifique tal escolha.

\*\* o indicador não pôde ser verificado quando não aparece durante a consulta o momento/cena responsável pelo seu desencadeamento.

Protocolo IRDI						
Faixa etária	Indicadores	Eixo	Investigação: observação/in terrogatório	Primeira consulta Informar P / A / NV Idade: / /	Segunda consulta Informar P / A / NV Idade: / /	Faixa Etária Anterior
0 a 3m29d	1. Quando a criança chora ou grita a mãe sabe o que ela quer	SS/ED	Dar preferência à observação direta, interrogatório somente se necessário			Observações (citar o acompanhante; obrigatório preenchimento em caso de indicador ausente).
						1ª consulta: _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____
	2. A mãe fala com a	SS	Observação direta / Se			1ª consulta: _____ _____ _____

	criança num estilo particularme nte dirigido a ela (mamamnhês)		necessário solicite que a mãe fale com a criança como faz habitualmente			2ª consulta: _____ _____ _____ _____
	3. A criança reage ao mamamnhês	ED	Privilegiar observação direta			1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda sua reação	PA	Observação direta			1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____
	5. Há troca de olhares entre a criança e a mãe	SS/PA	Observação direta			1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____
	6. A criança começa a diferenciar o dia da noite	ED/PA	Interrogatório			1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____
	4m a					



7m29d	7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	ED	Observação e interrogatório				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____
	8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta	RD/PA	Observação				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____
	9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases	SS/PA	Observação				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____
	10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela	ED	Observação / Solicitar à mãe que se dirija à criança / Dirigir-se à criança				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____
	11. A criança procura ativamente o	ED/PA	Somente observação				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____



	olhar da mãe						2ª consulta: _____ _____ _____ _____
	12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe esforços	SS/ED/PA	Observação direta / Solicitar à mãe que ajude a criança em alguma atividade e observar				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____
	13. A criança pede ajuda de outra pessoa sem ficar passiva	ED/FP	Observação				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____
8m a 11m29 d	14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar sua atenção	ED/SS	Interrogatório (a criança pede uma coisa, mas tem outras intenções)				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____
	15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e	ED	Observar, sobretudo no vestir e desvestir a criança				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____

brincadeiras amorosas com a mãe							
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa	ED		Observar e se necessário interrogar				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular	SS/PA		Observar				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____
18. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela	FP		Observar e se necessário interrogar				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____
19. A criança possui objetos prediletos	ED		Interrogar				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____
20. A criança faz gracinhas	ED		Observar e interrogar				1ª consulta: _____ _____ _____ _____



17m29 d	25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno	ED/FP	Observação ou interrogatório				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____
	26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede	FP	Observação ou interrogatório				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____
	27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe	SS/FP	Privilegiar a observação				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____
	28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai	FP	Interrogatório				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____
	29. A mãe começa a	FP	Observação ou interrogatório				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

	pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos						2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____
	30. Os pais colocam pequenas regras de comportame nto à criança	FP	Observação ou interrogatório				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____
	31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios	FP	Observação ou interrogatório				1ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____ 2ª consulta: _____ _____ _____ _____ _____

## ANEXO 2 – ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO DE EDIMBURGO

### Apêndice D - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDE)

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Aqui está um exemplo já preenchido:

Eu tenho me sentido feliz:

Sim, todo o tempo.....	1
Sim, na maior parte do tempo.....	2
Não, nem sempre.....	3
Não, em nenhum momento.....	4

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana. Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

#### *Nos últimos sete dias*

01. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.
 

Como eu sempre fiz.....	0
Não tanto quanto antes.....	1
Sem dúvida menos que antes.....	2
De jeito nenhum.....	3
02. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.
 

Como sempre senti.....	0
Talvez menos do que antes.....	1
Com certeza menos.....	2
De jeito nenhum.....	3
03. \*Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.
 

Sim, na maioria das vezes.....	3
Sim, algumas vezes.....	2
Não muitas vezes.....	1
Não, nenhuma vez.....	0
04. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.
 

Não, de maneira alguma.....	0
Pouquíssimas vezes.....	1
Sim, algumas vezes.....	2
Sim, muitas vezes.....	3
05. \*Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.
 

Sim, muitas vezes.....	3
Sim, algumas vezes.....	2
Não muitas vezes.....	1
Não, nenhuma vez.....	0
06. \*Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.
 

Sim, na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.....	3
Sim, algumas vezes não consigo lidar bem como antes.....	2
Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.....	1



Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.....	0
07. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.	
Sim, na maioria das vezes.....	3
Sim, algumas vezes.....	2
Não muitas vezes.....	1
Não, nenhuma vez.....	0
08. *Eu tenho me sentido triste ou arrasada.	
Sim, na maioria das vezes.....	3
Sim, muitas vezes.....	2
Não muitas vezes.....	1
Não, de jeito nenhum.....	0
09. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.	
Sim, quase todo o tempo.....	3
Sim, muitas vezes.....	2
De vez em quando.....	1
Não, nenhuma vez.....	0
10. *A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.	
Sim, muitas vezes ultimamente.....	3
Algumas vezes nos últimos dias.....	2
Pouquíssimas vezes, ultimamente.....	1
Nenhuma vez.....	0

### ANEXO 3 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INCIDÊNCIA DE ESTRESSE MATERNO E INDICADORES DE RISCO PSÍQUICO EM RECÊM NASCIDOS QUE PASSARAM POR INTERNAÇÃO EM UTI NEONATAL

**Pesquisador:** Adriane Celli

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 78303217.9.0000.0102

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.395.791

##### Apresentação do Projeto:

Projeto Intitulado "Incidência de estresse materno e Indicadores de risco psíquico em Recém-nascidos que passaram por Internação em UTI neonatal" sob a responsabilidade da Prof. Drª. Adriane Celli com a colaboração da Psicóloga Livia dos Santos Paula aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR. O projeto será realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Mafra – SC durante o período Agosto/2017 a Julho/2019.

A sobrevivência de recém nascidos (RN) prematuros ou com condições de saúde agravadas vêm aumentando devido a avanços tecnológicos na área da neonatologia. Geralmente estes RNs passam o início de suas vidas na UTI, o que provoca um atraso no início da relação mãe-RN, contato este essencial para o desenvolvimento do sujeito psíquico. A não vinculação com a figura materna pode resultar em dificuldades no desenvolvimento do RN. Objetivo: Estimar a incidência de estresse materno e Indicadores de risco psíquico em Recém-Nascidos (RN) que passaram por Internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal.

**Material e Métodos:** Estudo de coorte não comparado de RN que passaram por Internação em UTI Neonatal. Mãe e RN serão submetidos à avaliação psicológica para o levantamento da incidência do estresse materno e presença de Indicadores de risco psíquico nesta população através dos Instrumentos Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o protocolo Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). A população de estudo será

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 285 - Tênis  
**Bairro:** Alto da Glória  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3360-7259

**CEP:** 80.060-340

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.326.731

composta de todos os RN expostos a UTI Neonatal, nascidos entre 01 de Setembro de 2017 e 01 de Março de 2018. Ao grupo serão aplicados critérios de inclusão e exclusão para a composição final da amostra. A captação dos participantes acontecerá através da unidade de saúde responsável pela Puericultura dos RNs, onde os responsáveis pelos RNs serão informados sobre a pesquisa e convidados a participar. Será esclarecido que trata-se de participação voluntária e não vinculado ao recebimento ou não de atendimento na unidade.

Serão incluídos no estudo RNs residentes no município de Mafra, SC, de ambos os sexos, que seus responsáveis assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE I) e que comparecerem em todas as etapas do estudo. Em caso de RNs cujas mães tenham menos de 18 anos, será necessário a assinatura do TCLE pelos responsáveis desta (APÊNDICE III) e acrescenta-se o termo de assentimento (APÊNDICE II) para as mesmas, sendo sua assinatura um critério de inclusão.

Serão excluídos do estudo os RNs que apresentarem condições clínicas que alterem o desenvolvimento neuropsicomotor tais como síndromes e sequelas neurológicas; RNs que as mães apresentarem menos de 15 anos de idade e retirada do TCLE ou TALE a qualquer momento da pesquisa.

Os recém-nascidos somente serão avaliados com o estado clínico estável, acordados e alertas. A qualquer momento a coleta pode ser interrompida se assim necessário devido a qualquer desconforto ou dano junto aos participantes.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Geral

Estimar a incidência de estresse materno e indicadores de risco psíquico em Recém-Nascidos (RN) que passaram por internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal.

##### Objetivos Específicos

- Avaliar se mãe e RN que passou por internação em UTI neonatal estabelecem laço social;
- Avaliar a relação entre o estado emocional da mãe e a presença de indicadores de risco psíquico para o desenvolvimento do RN que passou por internação em UTI neonatal;
- Avaliar se a incidência de estresse materno e presença de indicadores de risco psíquico são maiores em RNs prematuros que passaram por internação em UTI neonatal do que em RNs a termo que passaram por internação em UTI neonatal;
- Avaliar a presença de indicadores de risco psíquico e desenvolvimento neuropsicomotor;
- Avaliar se a incidência de estresse materno e presença de indicadores de risco psíquico são maiores em RNs com maior tempo de exposição a internação em UTI neonatal;

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têrreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.385.791

• Avaliar se a incidência de estresse materno e presença de indicadores de risco psíquico são maiores em RNs que passaram por mais procedimentos invasivos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

Perda da privacidade no que diz respeito à observação da relação mãe RN, referente ao protocolo IRDI, e responder ao ISSSL. Perda de sigilo pelo manuseio do prontuário para coletar as informações da ficha de registro de dados. Desconforto do RN durante o procedimento de aplicação do Denver II devido a estímulos sonoros e manipulação.

**Benefícios:**

Os benefícios diretos da pesquisa dizem respeito ao acompanhamento em Saúde Mental e Desenvolvimento Neuropsicomotor dos RNs participantes, o que possibilita a detecção precoce de anormalidades no desenvolvimento propiciando a possibilidade de intervenção mais o precocemente possível. De mesma maneira a avaliação do nível de estresse materno também possibilitará a intervenção necessária para melhora

do quadro, o que contribui para a prevenção de desenvolvimento e agravos de psicopatologias. O processo de avaliação leva aproximadamente 1 hora sendo indolor tanto para as mães quanto para os recém-nascidos e lactentes. Os benefícios indiretos da pesquisa dizem respeito à possibilidade de seus resultados elucidarem questões importantes no âmbito da Saúde Mental materna e do recém-nascido/lactente, além do desenvolvimento neuropsicomotor do recém-nascido exposto a internação em UTI Neonatal. Com isso seus resultados poderão contribuir para a melhoria das práticas em saúde voltadas a esta população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo pretende ser observacional, analítico, coorte não comparado, ambispectivo.

A coleta de dados dar-se-á com grupos vulneráveis, sendo adolescentes, no caso de mães entre 15 e 18 anos; puérperas e recém-nascidos. A temática de estudo é voltada especificamente para a saúde mental materno-infantil com ênfase no vínculo entre mãe e RN exposto a UTI, e presença de Indicadores de Risco Psíquico nestes RN/lactentes através de seguimento de 0 e 8 meses (de idade corrigida para prematuros), portanto os dados podem ser coletados somente junto a esta população. A coleta dos dados acontecerá nas Unidades de Saúde de referência dos participantes da pesquisa,

segundo diretriz do Ministério da Saúde a Unidade de Referência deve ser próxima do local de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Têreo  
Bairro: Alto da Glória  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3380-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.526.724

residência dos usuários, desta forma provavelmente não haverá ônus de deslocamento para os participantes do estudo, porém caso o haja estes serão subsidiados pela pesquisadora.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências do parecer anterior foram atendidas, portanto o projeto está aprovado.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br), necessário informar o CAEE.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e promulgação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de promulgação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: [www.cometica.ufpr.br](http://www.cometica.ufpr.br) (obrigatório envio)

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_978269.pdf	01/11/2017 17:03:55		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: [cometica.saude@ufpr.br](mailto:cometica.saude@ufpr.br)

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.325.791

Outros	PROJETO INCIDENCIA DE ESTRESSE MATERNO E INDICADORES DE RISCO PSIQUICO EM RN QUE PASARAM POR INTERNACAO EM UTI NEONATAL CORRIGIDO.docx	01/11/2017 17:00:49	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORRIGIDO.doc	01/11/2017 16:53:56	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CORRIGIDO.docx	01/11/2017 16:52:50	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	Carta Indicativa de alteracoes solicitadas pelo CEP.docx	01/11/2017 16:12:40	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO INCIDENCIA DE ESTRESSE MATERNO E INDICADORES DE RISCO PSIQUICO EM RN QUE PASARAM POR INTERNACAO EM UTI NEONATAL.docx	05/10/2017 09:30:16	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	05/10/2017 09:28:25	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	05/10/2017 09:27:49	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CHECKLIST.pdf	14/09/2017 13:09:59	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 12 TERMO DE RESPONSABILIDADES NO PROJETO.pdf	14/09/2017 13:09:46	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 11 TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZACAO DE DADOS DE ARQUIVO.pdf	14/09/2017 13:09:22	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 9 TERMO DE COMPROMISSO PARA INICIO DA PESQUISA.pdf	14/09/2017 13:08:53	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 8 DECLARACAO DE USO E SPECIFICO DE MATERIAL E OU DA DOS COLETADOS.pdf	14/09/2017 13:08:25	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 7 COMPROMISSO DE TORNAR PUBLICO OS RESULTADOS.pdf	14/09/2017 13:07:45	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 6 TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.pdf	14/09/2017 13:07:10	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 4 CONCORDANCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE.pdf	14/09/2017 13:06:39	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 3 CONCORDANCIA DOS SERVICOS ENVOLVIDOS.pdf	14/09/2017 13:06:22	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 2 ANALISE DE MERITO.pdf	14/09/2017 13:05:55	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito
Outros	CARTA 1 OFICIO DO PESQUISADO	14/09/2017	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7250

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.365.791

Outros	ENCAMINHANDO_O_PROJETO_AO_C EP.pdf	13:05:22	PAULA	Acelto
Outros	ATA_DE_APROVACAO_DO_PROJETO .pdf	14/09/2017 13:04:11	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_PB_preenchida_e_ass nada.pdf	14/09/2017 13:00:46	LIVIA DOS SANTOS PAULA	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 23 de Novembro de 2017

---

Assinado por:  
IDA CRISTINA GUBERT  
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Tênis

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3380-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br